

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Contribución al estudio del pseudo-reumatismo
tuberculoso de Poncet**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Francisco Cava Pintó

Madrid, 2015

=====

CONTRIBUCION AL ESTUDIO
DEL
PSEUDO-REUMATISMO TUBERCULOSO
DE
PONCET

- M E M O R I A -

que para optar al grado de Doctor en Medicina,
presenta el doctorando

D. F R A N C I S C O C A V A P I N T Ó

- Noviembre de 1915 -

EXCELENTISIMO SEÑOR/

SEÑORES

Desde que el Dr. Antonino Poncet y la Escuela Lyonesa con sus pacientes estudios y luminosas comunicaciones sobre el Reumatismo Tuberculoso consiguieron que fuera reconocida la naturaleza habitualmente bacilar de ciertas lesiones articulares inflamatorias, congestivas o esclerosas banales, por el hecho de que éstas lesiones van comunmente asociadas a manifestaciones evidentes de la Tuberculosis en uno u otro punto del organismo; la nueva doctrina de una tuberculosis inflamatoria atípica o aspecífica, concebida por aquél malogrado sabio francés, fué adquiriéndola, de día en día, una mayor consistencia científica, logrando vencer hábilmente los innúmeros escollos y

naturales dificultades que en su camino encuentran siempre todos los modernismos científicos.

La Clínica enseña que la Bacilosis no siempre provoca la explosión de lesiones graves y típicas que se diagnostican por sí mismas, sino que al lado de éstas estridencias de la infección bacilar se dan formas mitigadas y atípicas, simplemente inflamatorias o fluxionarias de la misma, dotadas de una malignidad ínfima y desprovistas de un distintivo anatómico especial que las caracterice y sirva para distinguirlas de las originadas por las demás infecciones.

Es la Tuberculosis inflamatoria una nueva modalidad de la infección bacilar a la que muchas veces aludiremos en el discurso de nuestro trabajo y que Poncet define con éstas palabras: "Una forma de tuberculosis, en la cual, el veneno bacilar, mas o menos atenuado, no produce, en los tejidos, mas que las reacciones banales de la inflamación; que hiere, bajo los aspectos clínicos mas variados y mas inesperados,

todos los tejidos, aparatos y órganos de la economía; que no tiene como característica la especificidad anatómica (granulaciones, folículos tuberculosos, &) considerados, hasta nuestras experiencias, como elementos anatómicos indispensables para afirmar la naturaleza bacilar de una lesión".

Se trata, pues, de una tuberculosis aspecífica, sin folículos ni tubérculos, de una tuberculosis que engendra, únicamente, fenómenos congestivos transitorios o efímeros; degeneraciones y procesos esclerosos persistentes o crónicos, que son la resultante de una intoxicación tuberculosa lenta, bastarda, para-tuberculosa quizás, con el mínimo de virulencia e incapaz de producir lesiones específicas o foliculares.

Según el Becano de la Facultad de Medicina de Lyon, tiene la tuberculosis una escala de malignidad ofensiva y de especificidad reaccional. "En un extremo, el más alto de la escala, los bacilos de Koch, muy infectantes, matan por intoxicación masiva y brutal, sin dar tiem-

po al organismo para despertar sus reacciones tisulares características (tuberculosis septicémica); un grado por debajo, los bacilos provocan la explosión granúlica; mas abajo, los agentes de virulencia mediana son las tuberculosis médicas, y, si aun son más débiles, las tuberculosis quirúrgicas. A una atenuación mayor corresponden la escrófula y las pequeñas infecciones del mismo tipo. La virulencia puede ser, todavía, menor, y, entonces, crea las lesiones bastardas, perfectamente conocidas por los dermatólogos, en las que precisa un buen número de cortes reglados de toda una placa dérmica para encontrar una célula gigante o algo parecido. En fin, en lo mas inferior de la escala, el bacilo de Koch muy debilitado y decadente, de toxinas atenuadas, no posee el poder destructor habitual. Evoluciona en los tejidos sin provocar reacciones específicas; se limita a producir fluxiones y esclerosis mas o menos durables".

La tuberculosis inflamatoria sería, dice Poncet, la responsable de las pretendidas lesiones degenerativas, de los desórdenes anatómicos

no específicos, atribuidos a las infecciones intercurrentes, que se comprueban en los tuberculosos. El Reumatismo tuberculoso no es, por lo demás, sino un capítulo, un sólo aspecto de la tuberculosis inflamatoria, su modalidad articular, la localización en las sinoviales, en las serosas, &, con todas las complicaciones que pueden aparecer en el curso y con motivo de un ataque reumático.

Esta original concepción de la tuberculosis, descansa principalmente en una base clínica, en la observación a la cabecera del enfermo. La repetición frecuente de lesiones banales en los tuberculosos acredita la existencia de un lazo que las une al proceso bacilar. Las artritis, visceritis, esclerosis diversas, &, desarrolladas en enfermos bacilares son, muchas veces, de naturaleza tuberculosa, aunque no pueda demostrarse más especificidad ni otra característica que la de su agente causal.

Esta es, expuesta a grandes rasgos, la doctrina de Poncet.

La concepcion unitaria de Laënnec que en 1880 dió origen a aquella fórmula axiomática y universalmente conocida que dice: "Toda tuberculosis es folicular, y, todo folículo es tuberculoso", ha sido uno de los principales motivos de la aguda oposicion hecha a ésta nueva hipótesis, oposicion que ha sido llevada hasta el extremo de negar su existencia. Para los más, cuanto de patológico ocurre en un tuberculoso, a distancia del foco principal, no debe considerárse como de naturaleza bacilar si no lleva el sello anatómico clásico; se trata, solo, de procesos intercurrentes, independientes y banales, cuya simbiosis frecuente resulta fácil explicar tratándose de una enfermedad consuntiva, cual la tuberculososis, que desarma a sus víctimas dejándolas indefensas contra nuevas acometidas patológicas.

El unitarismo de Laënnec, consagrado como un dogma científico, hizo que se estigmatizara a la doctrina de Poncet, y, con ella, a cuantos no acataron aquel rigorismo científico. Pidoux, entre éstos, decía que

«las inflamaciones que, á veces, alcanzan á gran número de órganos en la tisis, aunque ellas no esten caracterizadas anatómicamente por la presencia de productos tuberculosos, no reconocen otro origen que la misma diátesis». Landouzy afirma que la pleuresia á frigore, casi nunca específica, es muchas veces función de tuberculosis. Gübler, Rilliet y Barthez, Amedé Bonet, Hutinel, Pitres, y otros, demuestran que las mas variadas lesiones unicamante inflamatorias de los tuberculosos, tienen por responsables á los venenos bacilares.

Y, posteriormente, una infinidad de trabajos analíticos de paternidad distinta han salido á luz corroborando la hipótesis de Poncet. Hallopeau, Teissier, Dieulafoy, Geraudel, Garnier, Roger, Landouzy, etc., han publicado muchas observaciones que inducen á reconocer el papel eficiente de la tuberculosis en muchos de los procesos asociados á lesiones específicas.

Sin embargo, es evidente que una hipótesis que solo descansa en

una base clínica y que desdeña y prescinde, casi en absoluto, de los modernos métodos experimentales para su comprobación, no tiene el derecho de imponerse como un axioma y debe, por consiguiente, ser discutida. Aceptar, confiados, las exageraciones de Poncet para quien ya no puede existir un reumatismo, una endocarditis, una esclerosis, etc., en los tuberculosos, sino un reumatismo tuberculoso, una endocarditis tuberculosa, sería igual que conceder á la tuberculosis una tan enorme extensión etiológica, que equivaldría al total dominio de la patología.

Así se explican las vicisitudes que esta nueva doctrina ha tenido que atravesar y la gigantesca lucha sostenida por su autor para que fuera aceptada; lucha muy capaz de amilanar á quien no tuviera la firme seguridad de sus convicciones. Sus frecuentes comunicaciones á la Academia de Medicina francesa; sus numerosas publicaciones en la prensa profesional y demás trabajos expuestos en libros y

congresos, han sido el motivo de controversias y polémicas violentas las que, a pesar de su bravura, no bastaron a enfriar los entusiasmos del apostol de esta nueva doctrina. Es lo sucedido una repetición de lo que acontece a todos los revolucionarios de la Ciencia; es un caso más de la implacable hostilidad, siempre necesaria, para contrastar la bondad de toda innovación científica.

Nosotros que hemos leído todas las publicaciones de Poncet y muchas de las de sus colaboradores, puestos, después, frente a numerosos enfermos reumáticos de todas edades, hemos reflexionado, muchas veces, sobre esta tan debatida modalidad de la tuberculosis; reflexiones que nos indujeron a estudiar sin prejuicios estos pacientes, escrutando en lo más hondo de la doctrina de Poncet y recogiendo observaciones escrupulosas, algunas de las cuales han sido el motivo de las historias clínicas que adjuntamos. Y para desvirtuar los efectos de una posible sugestión derivada de la lectura de los libros de Poncet, hemos sometido

á comprobación una gran parte de nuestros diagnósticos valiéndonos de los métodos experimentales mas modernos, é interesando á algunos de nuestros colegas los Doctores Estadella, Rabasa y Franco; haciendo un trabajo en colaboración cuyo fruto, ya madurado, expondremos en las siguientes páginas.

En ellas, haremos un estudio global del REUMATISMO TUBERCULOSO DE PONCET, exponiendo el estado actual de su conocimiento clínico, anatomo-patológico y experimental, que nos sirva de base para razonar los casos que presentamos, cuyas observaciones esmeradamente recogidas entre enfermos de nuestra consulta, nos aprovecharán para dar una interpretación imparcial á hechos clínicos todavía tan discutidos.

Las dificultades que entrevemos al abordar esta empresa nos hacen dudar de nuestras fuerzas, pues somos los primeros en confesar la notoria incompetencia nuestra en estudios todavía rodeados de tanta

oscuridad y faltos del sólido apoyo de una experimentación perfecta.

Deseosos de aportar nuestro humilde grano de arena al gran edificio de la Ciencia Médica y forzados por el ineludible deber del que aspira al título mas elevado dentro de los estudios universitarios, presentamos ante la consideración de V.E. la presente tesis que recomendamos á vuestra reconocida benevolencia.

En la exposición de este trabajo hemos seguido el siguiente orden:

- 1º- Historia y Definición.
- 2º- Etiología y Patogénia.
- 3º- Anatomía patológica.
- 4º- Sintomatología y formas clínicas.
- 5º- Diagnóstico clínico y experimental y Diagnóstico diferencial
- 6º- Evolución y Pronóstico.
- 7º- Tratamiento.

- 8º- Reumatismo tuberculoso abarticular.
9º- Resumen y Conclusiones.
10º- Casos clínicos.
y 11º- Índice bibliográfico.

[illegible]

HISTORIA Y DEFINICION-

Exhumando monografías antiguas referentes á la tuberculosis y al reumatismo crónico y registrando las obras de los clásicos que se ocupan de estas materias, encuéntrase en ellas algunos pasajes que revelan las relaciones, ya entonces observadas, entre estas dos entidades patológicas.

Charcot en el año 1853, en sus lecciones sobre las enfermedades de los viejos, llamaba la atención sobre la frecuencia de la tuberculosis en los reumáticos crónicos, y sobre las muchas veces que estos morían tuberculizados. Bonnet en 1845, había observado que sujetos enfermos de la entonces llamada diátesis tuberculosa presentaban a menudo manifestaciones reumáticas articu-

lares. Fuller en 1860, en su obra "SOBRE EL REUMATISMO, LA GOTA Y LA CIATICA", presenta una abundosa estadística de 119 enfermos atacados de reumatismo crónico deformante, a quienes interrogó por sus antecedentes tuberculosos, resultando que una cuarta parte de ellos los tenían evidentes.

Besnier, Polloch, Peter y Gueneau de Mussy hicieron observaciones análogas con resultados muy parecidos, si bien no supieron, al igual que sus antecesores, adivinar el lazo que unía a estas dos afecciones para considerarlas como el resultado de la misma infección. Besnier cita también las relaciones frecuentes del reumatismo crónico con la tuberculosis pulmonar de los ascendientes, descendientes y colaterales.

La mayoría de estos autores admitían la coexistencia frecuente de estas dos enfermedades en un mismo individuo, aunque ninguno establece la relación patogénica que las une estrechamente.

Coyrard en 1888 decia que el reumatismo crónico de los ascendientes puede obrar como causa predisponente de la tuberculosis de los descendientes, y, viceversa; Pouly en 1902 declara que el reumatismo nudoso, como cualquiera otra causa de decaimiento orgánico, favorece el desarrollo de la tuberculosis, y que estas dos afecciones suelen tener causas predisponentes idénticas, lo cual explicaria la frecuencia de la tuberculosis en los enfermos reumáticos nudosos.

Este era el concepto que se tenia de las relaciones entre la tuberculosis y el reumatismo crónico, y aunque desde el año 1866 se hablaba ya del pseudo-reumatismo blenorragico, á raíz de una famosa discusión habida en la Sociedad Médica de los Hospitales de Paris, considerándole como especie nosológica diferenciada, y de que iban multiplicandose cada dia las observaciones de afecciones articulares apareciendo en el curso de afecciones tan diferentes

como la blenorragia, escarlatina, erisipela, difteria, fiebre puerperal y otras infecciosas; las manifestaciones pseudo-reumáticas de la tuberculosis no fueron entonces sospechadas. Sin embargo, el ilustre Bouchard con la gran autoridad científica de que gozaba, haciendo la síntesis de las observaciones relatadas, aisló definitivamente del reumatismo verdadero de Bouillaud las poliartritis de naturaleza diferente, formulando esta ley de patología general que dice así; "Todas las enfermedades infecciosas pueden presentar, entre sus manifestaciones contingentes, determinismos articulares distintos del verdadero reumatismo, con el cual se confunden clínicamente, y dependiendo de la infección general de la economía, ya sea esta infección la enfermedad primera ó una infección sobreañadida." Este sabio alude á todas las infecciones y por consiguiente no exceptúa á la tuberculosis.

Desde entonces fueron descritas las artropatías de gran número

de enfermedades infecciosas conocidas. Gubler y Powel en 1874 vislumbrando la existencia del reumatismo tuberculoso inflamatorio, admiten la tuberculosis en la etiología de los pseudo-reumatismos articulares, diciendo que los pseudo-reumatismos tuberculosos están caracterizados por lesiones mas ó menos intensas de la sinovial ó de los tegidos peri-articulares, cuyas lesiones son de caracter inflamatorio y parecidas á las del reumatismo verdadero, haciendo constar además, que la ausencia de tubérculos distingue esta inflamación de la artritis tuberculosa propiamente dicha.

Entre tanto, todas estas afirmaciones eran vagas é inconsistentes; eran el resultado de esfuerzos aislados que no habian merecido la sanción definitiva de la Ciencia, hasta que, Laveran en 1877 y Volkmann en 1879 publicaron observaciones sobre la granúlia de las sinoviales de la rodilla y sobre algunas artritis secas de la espalda, afirmando su naturaleza bacilar. Entonces fué cuando las artritis

tis reumáticas de origen tuberculoso empezaron á ser admitidas, aunque con grandes reservas, en los cuadros nosológicos.

Pero es necesario llegar al año 1897 en que el Doctor Antonio Poncet, Profesor de la Escuela de Lyon, traza y describe los verdaderos cuadros clínicos del reumatismo tuberculoso, principal manifestación de la tuberculosis inflamatoria.

Sus primeras investigaciones comenzaron en el año 1896 con motivo de un caso clínico que le reveló la existencia del pseudo-reumatismo tuberculoso. Se trataba de un joven de 15 años quien presentaba un tumor blanco supurado de la cadera, lesiones pulmonares tuberculosas, sinovitis de las muñecas y poliartritis múltiples, secas unas y con derrames las otras, de varias articulaciones que pocos días después de su ingreso en la Clínica del Hôtel-Dieu, fué atacado de reumatismo articular agudo que invadía las rodillas y los dos pies. Todas estas manifestaciones tan diferentes en apariencia

le parecieron debidas á una causa única, al veneno tuberculoso, cuya hipótesis tan verosímil y tan sencilla se afirmó mas en su inteligencia por el examen de otros muchos enfermos bacilares.

En el ya citado año de 1897 hizo al Congreso frances de Cirugia una comunicación sobre el pseudo-reumatismo crónico tuberculoso, la que fué ampliamente discutida por los Doctores Berard y Destot quienes habian reunido 12 observaciones de poliartritis deformante tuberculosa que presentaron acompañadas de instructivas radiografias. Y en otra comunicación sobre el reumatismo tuberculosos, hecha a la Sociedad de Medicina de Lyon en febrero de 1900, llamó la atención sobre una série de manifestaciones articulares que debian atribuirse á la tuberculosis, apoyando sus afirmaciones en muchas y valiosas observaciones recogidas en su Clínica y en su clientela privada. A partir de 1900, y durante 3 años consecutivos, el Profesor Poncet en colaboración con su ayudante Mailland y algunos de sus alumnos

fueron acumulando muchos casos clínicos de artropatías agudas, sub-agudas y crónicas, con otras manifestaciones extra-articulares del reumatismo tuberculoso, cuyos casos fueron el motivo de algunas interesantísimas tesis para el Doctorado, presentadas en la Escuela de Lyon por Duc, Chambelland, Egman, Levet, Merson, Trebeneau, Villedieu, Vouclier, y otros.

En una excelente monografía sobre reumatismo tuberculoso, que forma parte de la obra médico-quirúrgica de Critzmann, publicada en agosto de 1903, Poncet y Mailland presentan un interesante estudio de esta enfermedad, precisando las diversas formas clínicas de la misma y sus localizaciones abarticulares.

En Lyon, Nancy, Montpellier y en París ha sido objeto de comunicaciones numerosísimas sostenidas por Maestros tan autorizados como Dieulafoy, Tixier, Acharé, Triboulet, Weill, Collet y Gougerot y otros muchos. En el extranjero, las ideas de Poncet encuentran algu-

na mayor resistencia, pero triunfan tambien como puede verse en los meritísimos trabajos de Mohr, Fleischer, Bier, Lasserre, Lavenson, Schöffner, Guelfo y Bonoimo Udaondo publicados en Alemania, Inglaterra, Italia, Dinamarca y Buenos Aires, todos ellos exclusivamente dedicados al estudio del pseudo-reumatismo bacilar.

Citemos, por último, los interesantes volúmenes pertenecientes á la Biblioteca de la Tuberculosis, editados en Paris y escritos por A. Poncet y R. Leriche titulados "La tuberculosis inflamatoria, y, el Reumatismo tuberculoso" y la obra con texto y atlas del Doctor Lozano de Zaragoza titulada "Artrocaces" cuya brillantez de exposición y de concepto nuestra insignificancia nos veda comentar y elogiare - como merecen.

Salvo muchas omisiones, este es el balance actual y rápido de la historia de esta nueva variedad de reumatismo infeccioso, de cuyos hechos aislados Poncet presenta una bella síntesis y una completa

demostración.

• • • • •

La primera definición del reumatismo tuberculoso fué dada por Poncet y dice así:

- „ Es un conjunto de manifestaciones articulares debidas
- „ probablemente a las toxinas difusibles del bacilo de
- „ Koch, pudiendo aparecer en todo individuo tuberculoso
- „ ó en inminencia de serlo; manifestaciones articulares
- „ caracterizadas no por lesiones fungosas, supurantes y
- „ destructivas como ocurre en el tumor blanco ordinario,
- „ sino por lo contrario, por lesiones irritativas con ten-
- „ dencias fibro-plásticas, análogas á las de los pseudo-
- „ reumatismos infecciosos de las que pueden clínicamente
- „ revestir todas las formas, desde la simple artralgia

» hasta la anquilosis completa.»

De esta definición se deduce que lo característico en el reumatismo tuberculoso es la falta de tubérculos, de fungus, de caseificación y de pus en las sinoviales afectas. Las artritis que producen, son puramente irritativas, fluxionarias ó inflamatorias, que, ó bien curan con rapidez desapareciendo totalmente ó causan deformaciones y anquilosis como las producidas por los otros reumatismos.

==:==:==:==:==:==:==:==:==:~::~:~::~:~::~==

ETIOLOGIA Y PATOGENIA-

El pseudo-reumatismo tuberculoso, evolucionando como el reumatismo franco, puede observarse en todas las edades y en todas las circunstancias. En el niño y adultos jóvenes, predominan las formas agudas; en el adulto, se dan estas y las crónicas indistintamente; en el viejo, son muy frecuentes las últimas.

Puede aparecer en sujetos sanos constituyendo la primera manifestación de la tuberculosis; en estos casos es cuando se le confunde fácilmente con el reumatismo franco, pero, sobreviene, de ordinario, en individuos en plena evolución fímica ó en tuberculosos curados, siendo, entonces, cosa fácil el diagnosticarlos. Si ocurre lo primero, el reumatismo se llama primitivo; cuando es lo segundo

se denomina consecutivo ó secundario.

Se le observa en todas las modalidades corrientes de la tuberculosis, ya sea esta pulmonar, articular, ósea, ganglionar, cutánea, genital, etc.. La frecuencia es casi la misma en las tuberculosis médicas que en las quirúrgicas, según se desprende de la estadística de Trébeneau. Poniendo toda la atención y el interés en buscar el reumatismo tuberculoso de Poncet en enfermos bacilares, se le encuentra, en clínica, con sorprendente frecuencia, pudiendo deducir de las estadísticas de Olivier Merson, Liomnet, Mouxy, Schneider, Leredde, Michel, y Dumarest, que el porcentaje es elevado, pues alcanza el uno por seis aproximadamente. Entendemos que estas cifras son muy suficientes para evidenciar el interés que encierra la enfermedad que estudiamos.

El reumatismo tuberculoso puede atacar todas las articulaciones en las que pueden observarse todas las variedades posibles de artropatías

patias. Son, habitualmente, las articulaciones mas fatigadas las que enferman de preferencia; así se comprende que algunas profesiones ú oficios jueguen en su aparición y desarrollo una acción favorable.

El frio y los traumatismos tienen tambien una influencia grande en su desarrollo, que, por lo demás, está favorecido por todas las causas que son capaces de fijar sobre una articulación un proceso tuberculoso cualquiera,

.

?Cual es el mecanismo por el que se producen las manifestaciones reumáticas en los tuberculosos?. ò en otras palabras, ?cual es la Patogenia del reumatismo tuberculoso de Poncet?.

Conocidas las estadísticas ya citadas, forzoso será admitir que las manifestaciones reumáticas tan frecuentes en los tuberculosos

no pueden depender de la casualidad ni son hijas de una banal coincidencia, sino que debemos aceptar una relación de causa á efecto existente entre ellas y la infección bacilar. Desde el momento que, segun la ley de Patologia general formulada por Bouchard, todas las enfermedades infecciosas pueden tener manifestaciones fluxionárias determinando un reumatismo, la tuberculosis, enfermedad esencialmente infecciosa é infectante debe entrar en la regla común.

Si la blenorragia, escarlatina, viruela, fiebre tifoidea, infección puerperal, etc., tienen, cada una, una variedad especial de pseudo-reumatismo infeccioso, por todos admitido, será lógico pensar que la tuberculosis tiene el mismo poder reconocido a las demás infecciones. De igual modo que en un blenorragico, indemne de cualquiera otra infección, una manifestación articular cualquiera, espontánea, debe ser considerada, *apriori*, como de naturaleza blenorragica, así tambien una artritis sobreviniendo, sin motivo, en un

tuberculoso, debe ser referida, ante todo, a la tuberculosis. No es, pues, un absurdo creer que el bacilo de Koch posee las mismas propiedades patogénicas que los bacilos de otras enfermedades. Discutiendo con serenidad y con buena lógica, necesariamente hay que llegar a esta conclusión.

Lo que mas ha influido á retardar la evolución de esta opinión, es el concepto que se ha tenido de las manifestaciones articulares de la tuberculosis, Hoy está demostrado que la tuberculosis no es una en sus manifestaciones; la evolución de una tuberculosis articular no puede estar supeditada a la granulación, á las fungosidades y al pus. Es preciso admitir que hasta llegar al tumor blanco, la tuberculosis puede producir lesiones atenuadas de grados distintos.

El bacilo de Koch, como la mayoría de los microbios, segun su grado de virulencia, segun la resistencia del sujeto infectado, de-

termina en los tejidos, reacciones defensivas de mayor ó menor intensidad. Una inoculación hecha en un individuo vigoroso, de poderosas defensas, en cantidad mínima, por un bacilo de Koch de virulencia atenuada, producirá lesiones tuberculosas que, como es natural, se desenvolverán de una manera lenta, casi apagada, que no despertarán reacciones generales intensas y que probablemente quedarán localizadas. En estas circunstancias, los tejidos resisten bien los ataques del bacilo tuberculoso, y las lesiones engendradas, han de quedar reducidas al mínimun.

A-sí pues, al lado de las artritis tuberculosas clásicas, con sus folículos, sus tubérculos, las fungosidades y el pus, existe una tuberculosis atenuada y benigna, exclusivamente inflamatoria de las articulaciones, que carece de aquellos signos anatómicos específicos característicos y que constituye la expresión clínica del llamado reumatismo tuberculoso.

Pero no todos los tejidos reaccionan igualmente a los ataques directos del bacilo de Koch; su resistencia es muy variable para cada uno de ellos. Desde la tolerancia completa (bacilos encontrados en testículos aparentemente sanos, en el riñon y en la médula ósea), hasta las lesiones agudas, difusas, existen todos los intermediarios. La sensibilidad de reacción de las serosas, es tal, que, sin inoculación directa y á distancia de un foco bacilar en desenvolvimiento, reaccionan por la sola influencia de las toxinas fabricadas por aquel lejano bacilo. Durante la evolución de una tuberculosis latente es cuando son muy frecuentes las inflamaciones articulares, viscerales, de los músculos, de los nervios, de los huesos, etc., que ofrecen los caracteres clínicos del reumatismo tuberculoso. Lo son, también, en todos los periodos de la enfermedad, y con preferencia, en las tuberculosis lentas y en las leves ó de virulencia atenuada.

No es, pues, posible negar al bacilo de Koch la facultad de provocar en las serosas, reacciones simples ó banales, sin lesiones anatómicas específicas, y, si queda admitido que el reumatismo tuberculoso depende de una infección ó toxi-infección bacilar, nos falta conocer ahora de que modo actúa aquel bacilo para producir las diferentes modalidades de la enfermedad que describimos.

Teorizando, supuso Poncet, en el comienzo de sus investigaciones, que estas artropatías eran debidas a la presencia en los tejidos de un pequeño número de bacilos de Koch dotados de escasisima virulencia, pero, el hecho repetidas veces comprobado de la ausencia, casi absoluta, de estos bacilos en los reumatismos considerados tuberculosos, le obligó á variar prontamente de opinión, creyendo en el origen tóxico de estos.

La inflamación de articulaciones sanas provocada por las inyecciones subcutáneas de linfa de Koch, le confirmaron en su nueva hipó-

tesis; articulaciones sanas hasta el momento de la inyección, volvíanse dolorosas inflamándose como en un reumatismo infeccioso, cuyas artritis desaparecían después de un lapso de tiempo mas ó menos largo. Nosotros, tambien hemos podido comprobar este efecto de las tuberculinas en un enfermo de nuestra clientela privada, a quien produjeron artropatias múltiples que tardaron mucho en resolverse definitivamente.

Recientemente, Poncet, Diem y Dortmund han observado nuevos vasos como los citados, con los cuerpos inmunizantes de Spengler y^h con la cuti y la oftalmo-reacción. Landonzy, Gougerot, Salini y Canessa han publicado el resultado de sus experiencias que demuestran la posibilidad de provocar experimentalmente artritis inflamatorias con la ayuda del bacilo de Koch.

Por consiguiente, contamos con elementos de juicio suficientes para poder aceptar la siguiente explicación dada por Olivier Merson

de Lyon, en su obra sobre reumatismo tuberculoso: "Un organismo que encierra en algunos de sus órganos un foco tuberculoso latente ó en actividad, se impregna continuamente de toxinas tuberculosas vertidas en el sistema linfático; algunos bacilos pueden seguir tambien esta via y progresar poco á poco. No es posible olvidar la estrecha relación que existe entre los vasos linfáticos y las membranas serosas; estas, no pueden permanecer indemnes cuando aquellos son invadidos. Toxinas ó microbios llegan, pues, al nivel de la serosa, y, claro está que su presencia debe producir algunos desórdenes anatómicos, siendo fácil comprender que la intensidad de las lesiones debe ser proporcional al grado de virulencia del microbio y de sus toxinas; es, pues, una cuestión de cantidad y de calidad".

En estos últimos años esta interpretación ha sido muy discutida por parecer demasiado teórica, y, especialmente, por la tendencia general á exigir la necesidad de la presencia del Koch al nivel de los

tejidos lesionados.

Auclair y Radiguer extraen del bacilo de Koch ciertas grasas que inyectadas en los tejidos provocan las alteraciones anatómicas de la tuberculosis: la etero-bacilina y la cloroformo-bacilina. La primera, sería caseificante ; la segunda, esclerosante y con poca tendencia á evolucionar. Pero Auclair exige que las esclerosis producidas por la cloroformo-bacilina, sean específicas histológicamente, aunque estas lesiones tengan una especificidad muy disminuida.

Si bien está admitido que los llamados venenos adherentes aislados por Auclair pueden desarrollar en los tejidos lesiones anatómicas tuberculosas de distintas gradaciones, es, sin embargo, necesaria la presencia del bacilo tuberculoso en estos tejidos, sin cuya condición aquellas no se producen.

Y como la evolución local del bacilo de Koch en el reumatismo tuberculoso, como entodas las manifestaciones de la tuberculosis in-

flamatoria, ha sido raras veces comprobada por Poncet y sus colaboradores, no es posible aceptar, sin grandes reservas, la hipótesis de Auclair por hallarse en evidente contradicción con los hechos observados.

Para Bernard y Gougerot, el reumatismo tuberculoso seria un reumatismo microbiano producido por la diseminación de bacilos de Koch en los tejidos, creando alteraciones banales, a condición de que estos bacilos se encontraran aislados, muy repartidos y dispuestos en unidades, dada su insignificante cantidad.

Otros creen mas aceptable la siguiente interpretación, especialmente por lo que se refiere al reumatismo articular crónico; las artropatías reumáticas tuberculosas serian la consecuencia de una infección de los centros neuro-tróficos, bajo cuya dependencia se encuentran las articulaciones enfermas. Weil entre otras, admite la infección bacilar de los nervios periféricos y de los centros ner-

vâcosos para explicar las osteálgias y las artrálgias observadas en los tuberculosos.

Rostchild, Glaisse y Levi piensan que la patogenia es mas compleja, atribuyendo el reumatismo tuberculoso á una insuficiencia tiroidea de naturaleza bacilar.

¿Es posible admitir con Pupier la existencia de un bacilo de tipo especial incapaz de provocar lesiones características?. Aunque experimentalmente se puede obtener este tipo, acostumbrando bacilos humanos alimentados con patata durante algunos meses, á vivir en un caldo glicerinado, que modifica su longitud aumentándola y altera su poder infectante habitual disminuyéndolo, entendemos, que, aceptar todo esto, seria fantasear demasiado, dado el estado actual de los conocimientos bacteriológicos.

Las diversas teorías patógenicas expuestas coinciden todas al pretender resolver uno de los aspectos de la cuestión, reconociendo

ser el bacilo tuberculoso el único responsable de la enfermedad que nos ocupa. En cambio, todas discrepan al explicar el mecanismo en virtud del cual se producen las manifestaciones reumáticas tuberculosas. Hay que declarar sinceramente que, falta hacer mucha luz en el campo de la patogenia del reumatismo tuberculoso, la cual constituye una incógnita que hasta ahora no ha sido posible resolver satisfactoriamente.

Interinamente y para aproximarnos todo lo posible a la verdad, forzoso será adoptar un criterio de eclecticismo, como la hace Poncet, considerando al reumatismo tuberculoso, y, en general, a la tuberculosis inflamatoria, como función del virus tuberculoso, en el mas amplio sentido de la palabra, aceptando todos los modos de actuar de la tuberculosis que puedan intervenir en su producción. Y para terminar diremos con el Doctor Lozano que si el mecanismo íntimo escapa á nuestras investigaciones, es evidente, que el primum movens

— — —

ANATOMIA PATOLOGICA-

REUMATISMO TUBERCULOSO AGUDO Y SUB-AGUDO

A pesar de que son pocas las ocasiones en que es posible una comprobación necrópsica de las lesiones anatómicas de casos agudos de artritis reumáticas tuberculosas debido á su relativa benignidad y mortalidad muy escasa, Poncet ha conseguido reunir cuatro protocolos de autopsias, que juntos á las observaciones tomadas en la sala de Operaciones, permiten trazar una descripción exacta.

Existen dos tipos anatómicos perfectamente diferenciados de reumatismo tuberculoso articular agudo, representados por la llamada granúlia articular tipo Laveran (caso excepcional) y por las lesio-

nes inflamatorias, sin reacción específica, que constituyen los casos corrientes del verdadero pseudo-reumatismo tuberculoso.

La granulía articular fué descrita por Laveran En 1876. Es una variedad anatómica insólita que Laveran solo encontró una vez y que Empis y Poncet no pudieron encontrar jamás. No debe extrañarnos su rareza, si tenemos en consideración la poca receptividad de las serosas articulares a esta forma de la tuberculosis, contra el parecer de Brissaud quien opina que esta rareza estriba en que no se la sabe encontrar.

Pollosson, Kaenig y Maylard han publicado casos análogos al de Laveran, que leídos atentamente se refieren a la tuberculosis miliar de las articulaciones, asociada a lesiones fungosas y purulentas. Son, pues, formas mixtas que no tienen la pureza del caso Laveran, en el cual las granulaciones aparecieron sobre una sinovial sana, constituyendo la única lesión de las articulaciones, que dió lugar al de-

desarrollo de los síntomas clínicos del reumatismo articular agudo tuberculoso de tipo granulítico.

Y, teniendo en cuenta su extremada rareza, bien podemos prescindir en clínica de dicha forma de reumatismo tuberculoso, creyéndonos dispensados de insistir en su estudio.

En el segundo tipo, con simples lesiones inflamatorias (caso corriente) la sinovial está engrosada é inyectada, ó bien, anemiada, blanquecina, edematosa é infiltrada, formando prominencia en la cavidad articular. Los cartílagos, de aspecto grisáceo ó rojizo, sin brillo, y, con algunas rugosidades, no tardan en erosionarse y ulcerarse.

En el interior de la articulación hay escasa cantidad de líquido; es, sobre todo, la inflamación de las paredes y su espesamiento lo que da a la sinovial su aspecto distendido, que es mas aparente que real. En la sinovial no hay granulaciones ni tubérculos cual-

quiera que sea el procedimiento empleado para descubrirlo. Las hidrartrosis agudas abundantes, son excepcionales; el líquido es claro y cetrino, y algunas veces, rosáceo, turbio ó sero-purulento.

El examen microscópico no descubre nada característico; el bacilo de Koch jamás ha sido encontrado, habiendo fracasado totalmente las siembras intentadas en distintos medios de cultivo. La Citología tampoco aporta una fórmula ni tan solo aproximada, pues, mientras algunos han encontrado despues de centrifugación grandes cantidades de linfocitos y escasos polinucleares, otros dan una fórmula contraria. La Inoscopia de Jousset, la sero-reacción aglutinante Courmont y la inoculación al cobayo, son procedimientos adecuados para fijar la naturaleza tuberculosa del líquido articular. En otro capítulo volveremos sobre este asunto.

A-sí pues, en el reumatismo tuberculoso agudo, excepción hecha

de la forma granúlica, solo se encuentran lesiones exudativas y plásticas, bacteriológicamente estériles, anatómicamente banales, que pueden tomar dos evoluciones distintas que responden á sus dos localizaciones anatómicas: la una, con predominio sinovial, hidrópica, que cura totalmente sin dejar vestigios de su paso en la articulación ; la otra, con predominio peri-articular y óseo, que es seca, plástica y anquilosante desde su principio.

REUMATISMO TUBERCULOSO CRONICO

En la forma crónica, ordinariamente poli-articular, la tuberculosis crea todas las modalidades conocidas del reumatismo crónico verdadero. Segun los casos,, evoluciona bajo dos tipos principales: el uno, atrófico, medulizante creando la osteoporosis; el otro, plástico, hiperostosante. Los dos tipos se encuentran con frecuencia asociados en un mismo enfermo, lo cual, es una prueba de su comunidad

de origen.

FORMA ATROFICA MEDULIZANTE= La forma atrófica tiene dos tipos esenciales, con algunas variedades secundarias.

Tipo 1^a= O s t e o p o r o s i s r e u m á t i c a = Es rara. Poncet y Leriche engloban en este tipo los casos en que no existen deformaciones articulares. Evoluciona por ataques sub-agudos, alternando con la agravación de la tuberculosis pulmonar ó visceral.

Las sinoviales son poco engrosadas y no contienen líquidos ni vegetaciones intra-capsulares. Los cartílagos de revestimiento muy delgados, casi traslúcidos, acaban por desaparecer de la periferia de la articulación dejando ver el hueso de aspecto violáceo, esponjoso, aunque resistente. La médula ósea, de color rojo carmin. Ninguna otra lesión articular ni ósea, ha podido comprobarse que delata la tuberculosis.

Atrofia cartilaginosa, osteoporosis y médula de tinte carmin co-

mo en las infecciones fetales, son las solas lesiones encontradas en este primer tipo, las cuales, ponen de manifiesto un proceso inflamatorio simple que solo la clínica impone como tuberculoso.

Tipo 2ª=L a p o l i a r t r i t i s d e f o r m a n t e = Es un tipo mucho mas frecuente que el anterior y sus lesiones tambien banales y mejor conocidas. Está caracterizado por lesiones atroficas, producción de osteofitos y vegetaciones óseas. La sinovial se encuentra engrosada, roja ó violácea y vascularizada; la cavidad articular, seca ó con muy poco líquido. Los cátilagos de revestimiento se van desgastando progresivamente y acaban por desaparecer, dejando las extremidades de los huesos libres en la cavidad articular. La rarefacción ósea es intensa y , algunas veces, los huesos hinchados pueden tener el aspecto de la espina ventosa.

Estas deformaciones van acompañadas, en algun caso, de un proceso local de osteomalacia.

Como consecuencia de este enrarecimiento tan acentuado y de la atrofia ósea, sobreviene una laxitud de las cápsulas y de los ligamentos articulares que comunica a los extremos óseos una movilidad anormal, determinando deslizamientos y sub-luxaciones que dan un aspecto anormal a las articulaciones enfermas: Hallux valgus, sub-luxación de Madelung, radius curvus, etc..

En resumen: la infección predominante de la porción diafisaria de los huesos crea el tipo atrófico, osteoporósico: si alcanza las epífisis, produce la poli-artritis deformante ó reumatismo nudoso; y, si la localización es en los ligamentos, engendra la artritis dislocante.

FORMA PLASTICA HIPEROSTOSANTE= Se manifiesta por dos tipos extremos: la artritis seca, y, la artritis anquilosante.

Tipo 1ª= A r t r i t i s s e c a = Su prototipo es el morbus coxae senilis. Se le observa en todas las edades y en todas las articula-

ciones. El hueso está recubierto por un cartílago destruido en su porción central, y, exuberante en la periferia, lo cual explica las vegetaciones cartilaginosas u óseas que se desarrollan en el interior de la cavidad sinovial, la que también infiltra los ligamentos.

En este tipo de la forma plástica se desarrolla un proceso de osteitis rarefaciente, casi siempre central, y otro de osteitis condensante y de proliferación en la periferia. Muy al principio se reblandecen los huesos dando lugar a deformaciones que son causa de impotencia funcional de las articulaciones.

Tipo 2º: *A r t r i t i s a n q u i l o s a n t e* = La inflamación de la sinovial produce rápidamente la anquilosis que representa la lesión más avanzada de las muchas que originan la tuberculosis inflamatoria articular, y, no solo produce la anquilosis fibrosa si que también la sióstitis o anquilosis ósea total que hace de la junta un bloque óseo compacto, ebúrneo y fuertemente unido.

Los cartílagos, el hueso y las partes blandas articulares se esclerosan también á su manera, creando las anquilosis mas diversas como la anquilosis ósea central, la anquilosis fibrosa periférica, la circular, etc., que pueden localizarse en múltiples articulaciones siendo una de las mas interesantes la que asienta en el raquis, originando la espondilosis rizomélica de Marie producida por las infecciones mas diversas y preferentemente por la blenorragia y la tuberculosis.

Poncet opina que la tuberculosis es la causa de una gran parte de anquilosis, cualquiera que sea el sitio y su forma de desarrollo; dice también que debemos acordarnos del reumatismo tuberculoso siempre que se trate de una anquilosis espontánea cuya causa ignoremos, aunque el enfermo goce aparentemente de una excelente salud.

Resumiendo las nociones anatómicas espuestas en este capítulo, es evidente, que el reumatismo tuberculoso articular determina le-

siones agudas y crónicas. La forma aguda tiene dos modos de evolucionar: una hidrópica, la ptra,seca y plástica. La forma crónica se desarrolla con dos tipos principales de lesiones: unas rareficientes, como las poli-artritis deformantes; las otras hiperostosantes, periféricas y localizadas, como la artritis seca; ó totales, como la artritis anquilosante.

==:==:==:==:==:==:==:==:==:==

SINTOMATOLOGIA—FORMAS CLINICAS—

Las manifestaciones clínicas del reumatismo bacilar, variables al infinito, pueden agruparse, siguiendo el criterio del Profesor de la Escuela de Lyon, en tres grandes clases:

1ª.- Artrálgias

2ª.- Artritis agudas y sub-agudas mono ó poli-articulares

y 3ª.- Artropatías crónicas nudosas ó anquilosantes.

—ARTRALGIAS—

Son la forma subjetiva, la mas comun, del reumatismo tuberculoso. Weill, Permond y Barbier fueron los primeros en describirla. Su conocimiento es muy necesario en clínica por que suelen atribuirse a un comienzo insidioso de artritis bacilares específicas, al reu-

matismo franco, a la neurastenia y en especial a los dolores de crecimiento.

Son dolores vagos articulares de intensidad variable, casi nunca violentos, difusos y erráticos, que afectan á una ó á muchas articulaciones y que se exasperan con los movimientos y por la exploración c̃mandose con el reposo. Estas artralguas fugaces y estremadamente movibles pueden alcanzar todas las articulaciones demostrando cierta preferencia por las grandes. No modifican en nada el aspecto normal de la articulación y si alguna vez lo hacen es sin dejar vestigios de su paso. (Observacion 1 y 11).

Estas osteo-artritis van algunas veces acompañadas de hiperestesia muscular y ósea y expresan la alteración mas sencilla, puramente inflamatoria, de los huesos ó de las sinoviales, y, el primer esbozo ó manifestación de la infección tuberculosa.

Por su benignidad relativa y fugacidad extraordinaria, los en-

fermos solo conservan un recuerdo vago de ella, pero, en ocasiones, son el preludio de lesiones tuberculosas gravísimas (Obser. 111).

Los tuberculosos avanzados suelen padecerlas mucho (Obser. 11).

Su principal característica es la ausencia absoluta de síntomas objetivos y su fugacidad, no siendo perceptibles ninguno de los síntomas corrientes de la inflamación (Observación 1 y 11). En esta, como en todas las restantes variedades del pseudo-reumatismo tuberculoso, se observa una resistencia constante al tratamiento ordinario del reumatismo verdadero.

=ARTRITIS REUMATICAS TUBERCULOSAS AGUDAS Y SUB-AGUDAS=

Es una forma algo menos frecuente que la anterior. En la práctica se la confunde facilmente con un ataque de reumatismo franco y con los pseudo-reumatismos agudos cuyo cuadro sintomático es idéntico si se olvida fijar bien su patogenia.

Está caracterizada por la fluxión rápida, brusca y sin pródromos de una ó muchas articulaciones. Como en todos los reumatismos agudos, el dolor, la impotencia funcional, el color rojo de la piel y la hinchazón, son síntomas fijos constantes que se presentan y se desarrollan en grados diversos sin tendencia á la supuración. Los fenómenos generales, fiebre, inapetencia, cefalea y malestar, nunca faltan, pero suelen ser moderados y muchas veces desproporcionados con la intensidad de los síntomas locales.

La tendencia a la anquilosis que no es propia del reumatismo verdadero, hace que su parecido sea mayor con los otros reumatismos infecciosos. Tiene preferencia por las grandes articulaciones, y, en especial, por las del miembro inferior.

Puede aparecer en el curso de una tuberculosis médica ó quirúrgica ya diagnosticada, ó constituir el signo premonitor, algunas veces á largo plazo, de la infección fímica (Obsrs. IV, V y VI). Las es-

tadísticas de Mazot, Egmann y Poncet demuestran que en un trece por ciento de los casos, constituye la primera manifestación de la actuación del bacilo de Koch.

Su duración es muy variable, cediendo en algunos días ó persistiendo algunas semanas con exacerpciones y remisiones . En ciertos casos, la curacion es completa, pero en otros, la evolucion es anormal, pasa de una á otra juntura, toma una marcha lenta, las crisis se suceden, fijándose de una manera tenaz y desesperante sobre una articulacion, y, cuando los dolores desaparecen, la artritis anquilosante es un hecho. (Observacion Vlll).

La terminación por transformación fungosa no es rara, desarrollándose el conjunto sintomático del tumor blanco. (Obsars.V y VI).

Y por último, el reumatismo bacilar agudo puede conducir á la forma crónica.

Conocidas estas generalidades, hay que distinguir dos grandes

variedades de reumatismo tuberculoso, segun sean las condiciones de su aparición: el reumatismo tuberculoso agudo primitivo, y, el secundario.

A/ Reumatismo articular agudo tuberculoso primitivo- Los fenómenos patológicos descritos, pueden alcanzar otras serosas del organismo, al igual que en el reumatismo verdadero ó quedar localizados en las articulaciones. De aqui nacen dos formas de esta variedad: la forma aguda difusa de caracter grave, y la forma aguda ó sub-aguda simple mas benigna.

La primera está caracterizada por la aparición brusca e inopinada, en individuos en plena salud ó en estado de inminencia morbosa, de artritis agudas con fiebre, elevación de temperatura, disnea, pulso frecuente y otros síntomas generales de mucha gravedad. Las articulaciones muy inflamadas, rojas hinchadas y dolorosas, no pueden efectuar movimiento alguno. Poco tiempo despues y coincidiendo

do con una nueva agravación del estado general, aparecen manifestaciones inflamatorias, simultáneas ó sucesivas, sobre otras muchas serosas: la pleura, las meninges, el peritoneo, etc.. Y cada nueva localización va acompañada de nueva elevación térmica y de agravación de los síntomas generales (Observación XLV).

Las artropatías iniciales de este proceso infeccioso persisten hasta el fin. La duración total puede ser de algunos meses con exacerbaciones y remisiones pasajeras, la curación es rara y la terminación suele ser funesta.

La forma aguda difusa del reumatismo bacilar es análoga á la granúlica descrita por Laveran, a la cual nos referimos en el capítulo anterior. En ambas, la evolución se hace en dos periodos; aparecen primero las manifestaciones articulares y despues el proceso se generaliza. La diferencia estriba en su duración desigual: la granúlia articular reumática tipo Laveran, es rápida y el enfermo mue-

re en muy pocos días; la forma aguda difusa de las serosas es lenta y por esta circunstancia resultan clinicamente incóncufundibles. Bajo el punto de vista anatómico y patogénico, lo son también, si recordamos que en la granulia articular aguda existen granulaciones en el interior de las articulaciones ; mientras que en el reumatismo tuberculoso agudo generalizado, solo se encuentran manifestaciones inflamatorias de la tuberculosis.

La segunda ó sea la aguda ó sub-aguda simple, es la forma mas comun del reumatismo tuberculoso, exceptuando las artralguas. Las fluxiones que determina en las articulaciones, se repiten á intervalos variables y son mas numerosas cuando el paciente presenta por su herencia ó por su pasado patológico menor aptitud para la tuberculosis.

Pueden distinguirse dos fases en la evolución de los accidentes: la primera la caracterizan los síntomas articulares agudos y ruidosos que disimulan la tuberculosis todavia ignorada ó latente; la se-

gunda la ocupan la aparición de lesiones tuberculosas mas virulentas en una articulación ó en una viscera, y, la evolución concomitante de las artropatias reumáticas primeras.

Este reumatismo tiene un valor semiológico y una importancia nosológica extraordinarios por ser una forma la mas comun en clínica. Debemos pues estudiarla con algun detalle para conocerla bien y diagnosticar cuanto antes su naturaleza bacilar.

Suele anunciarse por accidentes reumáticos agudos ó sub-agudos cuya naturaleza es al principio casi imposible de determinar, debido á que los síntomas no se diferencian de los de un ataque de reumatismo verdadero (Observación LV). Las articulaciones afectas son á veces en gran número.

Este pseudo-reumatismo es insidioso, presenta una gran fijez en sus localizaciones y desaparece con lentitud, dejando, casi siempre, algunas huellas de su paso. La fiebre no es alta y, sin embar-

go, el estado general se resiente pronto y los enfermos adelgazan mucho. Las complicaciones viscerales son raras y este pseudo-reumatismo no tiene tendencia á generalizarse como el reumatismo franco, del que se diferencia tambien por su menor movilidad, por que no suele atacar segunda vez una articulación que ya lo fué antes, por-que se resuelve difícilmente y por-que no responde nunca a la medicación salicilada.

Este primer periodo, que es de una duración indeterminada, se desarrolla en varios ataques sucesivos y separados por espacios de calma mas ó menos duradera, ó se desarrolla en una sola etapa durante la cual los accidentes evolucionan sin interrupción. Cualquiera que sea su duración, que puede alcanzar algunos dias, algunas semanas y hasta meses, la enfermedad termina de alguna de las tres maneras siguientes:

1ª- Las artropatias reumáticas desaparecen sin dejar huellas en

tanto se manifiestan los síntomas de una tuberculosis en una serosa ó en cualquier entraña. En este caso, el periodo primero suele ser corto, los accidentes reumáticos se corrigen progresivamente hasta su total resolución sin poder notar mejoría alguna en el estado general, pues la fiebre persiste, el enflaquecimiento progresa, el enfermo tose despues de la desaparición de las artritis, y entonces, el pseudo-reumatismo^{co} se convierte en un tuberculoso pulmonar (Observación 1V).

2ª.- El reumatismo articular adquiere los caracteres de un^a tumor blanco (Observación 111). En este caso, las grandes articulaciones son las que mas a menudo enferman. Esta evolución, relativamente frecuente, acostumbra á ser^a lenta; la articulación atacada permanece hinchada, dolorosa en ciertos movimientos, y, de vez en cuando, con motivo de marchas, esfuerzos ó de fatigas, sobreviene un nuevo brote inflamatorio que solo retrocede incompletamente (Obs.V)

Y así se pasan, incluso años, creyendo los enfermos en un reumatismo crónico, hasta que se desarrollan los síntomas de una tuberculización visceral que fijan definitivamente la patogenia exacta del padecimiento articular.

En ciertas formas, relativamente benignas, no es extraño observar como las artropatías retroceden parcialmente haciendo primero una anquilosis en la articulación, para llegar á la supuración y al fungus despues de algun tiempo y tras repetidas irritaciones locales (Observación VI).

3ª.- El reumatismo agudo ó sub-agudo se vuelve crónico; las articulaciones, especialmente interesadas en esta forma, son las de las manos y las de los piés, las cuales se fijan en posición defectuosa ofreciendo el aspecto clásico del reumatismo crónico deformante. En sus comienzos la marcha de esta afección es parecida á la de los tipos anteriores y su naturaleza es descubierta por la evolución

de un foco tuberculoso que se desarrolla en el pulmón, el testículo, etc.

Cuando son las grandes articulaciones las que enferman, sus lesiones se parecen mucho a las de la artritis seca ó a las de la artritis anquilosante plástica.

Los tres tipos descritos se encuentran pocas veces al estado de pureza, pero, pueden incluirse en ellos todos los casos observados.

B/ Reumatismo articular agudo tuberculoso secundario- Esta variedad aparece durante la evolución de lesiones fímicas clínicamente apreciables y bien confirmadas (Observaciones VII y VIII). Es muy frecuente en todas las formas de la tuberculosis; según las estadísticas de Poncet padecen estas artritis un 10 por 100 de tuberculosos, y su frecuencia con relación a los otros reumatismos es de 50 por 100.

En los tuberculosos reumáticos, algunas veces se observa, co-

mo en otros reumatismos, una especie de balanceo entre los accidentes articulares y las lesiones viscerales, retrocediendo unas, cuando las otras se agravan (Observacion 1X). Hasta hace poco tiempo estos accidentes articulares eran considerados como manifestaciones del artritis, viendo ^{en} su aparición un presagio de curación, en razón del pretendido antagonismo entre el artritis y la tuberculosis. El error resulta hoy demostrado; este antagonismo no es desgraciadamente cierto porque estas artritis son tuberculosas desde sus comienzos.

Por tener los mismos síntomas é idéntica evolución que la forma primitiva ya descrita y para no incurrir en repeticiones inútiles, omitimos la descripción de la semiología de la forma secundaria remitiendonos a lo dicho sobre aquella.

—REUMATISMO TUBERCULOSO CRONICO—

Esta forma del reumatismo tuberculoso articular ó es crónica des-

de su comienzo ó se establece despues de varios ataques de reumatismo articular agudo ó sub-agudo (Observacion X). En ocasiones, constituye la primera manifestación de la tuberculosis, pero la padecen con mas frecuencia los tuberculosos confirmados. Clínicamente reviste las apariencias del reumatismo crónico verdadero pudiendo terminar, como este, por la curación, aunque no sea lo corriente.

Es una forma propia del segundo periodo de la vida, si bien no es raro encontrarla en los jóvenes y hasta en los niños.

Debe el punto de vista clínico hay que distinguir con Poncet y Leriche cuatro variedades del reumatismo crónico: La poliartritis deformante tuberculosa; las poli-sinovitis crónicas; la artritis senil; y el reumatismo crónico anquilosante. Cada una puede evolucionar aisladamente, pero pueden juntarse todas ellas en un mismo enfermo.

1ª Variedad; Poliartritis crónica deformante tuberculosa— Esta

primera variedad comprende una serie de afecciones que representan los diversos tipos del reumatismo crónico deformante. Berard y Destot dividen estos enfermos en tres categorías: 1ª- los sujetos indemnes de manifestaciones tuberculosas personales, pero que tienen antecedentes hereditarios bacilares; 2ª- los enfermos en los que las poli-artritis han sido precedidas de otras localizaciones tuberculosas pulmonares ó viscerales; y 3ª- los afectos de un tumor blanco de una grande articulación, anterior á la aparición de las poli-artritis.

Se acepta de una manera muy general que en estos enfermos la tuberculosis que padecen suele ser de forma poco virulenta, de tipo fibroso y de evolución lenta.

La enfermedad debuta por un aumento progresivo del volumen de la articulación afecta, el cual disminuye poco á poco hasta que permite reconocer las deformaciones de las cabezas óseas. El dolor nunca falta en este primer periodo y presenta una intensidad variable.

Todas las articulaciones pueden ser asiento del reumatismo tuberculoso crónico deformante, pero son preferidas las de las manos y las de los pies. La atrofia de las extremidades óseas articulares y la distensión de la sinovial y ligamentos, conducen á un grado mas ó menos acentuado de laxitud articular originando deformaciones y actitudes viciosas, al principio temporales y mas tarde definitivas, que motivan una verdadera dislocación (Observacion X). Los movimientos se reducen ó limitan pudiendo hasta desaparecer, sobrevienen atro-fias musculares y otras alteraciones tróficas que determinan una impotencia funcional mas ó menos acentuada, pero siempre considerable.

Estas poli-artritis deformantes evolucionan sin formar abscesos, ni lesiones tuberculosas específicas. En clínica no es posible establecer signos patognomónicos para diferenciarlas del reumatismo crónico no tuberculoso y su diagnóstico solo podrá hacerse por impresión clínica buscando bien los antecedentes tuberculosos heredi-

tarios y personales, por la coexistencia de otras manifestaciones bacilares y por los métodos de laboratorio.

2ª variedad: Poli-sinovitis crónicas.- Primitivas ó secundarias comprenden un conjunto de lesiones inflamatorias crónicas peri-articulares de las bolsas serosas, de las vainas tendinosas, y en general, de todas las partes blandas. No provocan lesiones óseas, ni deformaciones articulares y se traducen, siempre, por una distensión de las sinoviales (Observación XI).

Su sintomatología es idéntica á la de las vulgares sinovitis reumáticas y para descubrir su verdadera patogenia y su filiación tuberculosa bastará acordarse del reumatismo bacilar ó recurrir a los medios experimentales de diagnóstico. Su evolución es casi indolora y con tendencia á la esclerosis.

3ª variedad: Artritis seca senil.- En nada difiere de las artritis secas ordinarias y sus síntomas pueden condensarse en las siguientes

te triada: deformación, dolor y chasquidos en la articulación enferma. Esta artritis es propia de las tuberculosis fibrosas y tiene una duración tan larga que hay quien opina que estos enfermos pueden creerse á salvo de las tuberculosis virulentas.

4ª Variedad: Reumatismo tuberculoso anquilosante- Ciertas formas del reumatismo tuberculoso conducen como otros pseudo-reumatismos, a la anquilosis de las articulaciones, cuya tendencia no tiene el reumatismo verdadero. Esta variedad se desarrolla, de ordinario, en sujetos de herencia sospechosa ó que han vivido largo tiempo en un ambiente contaminado. Es la manifestación de una tuberculosis discreta que es preciso buscar con atención para que no pase desapercibida. Esta forma de reumatismo anquilosante, es fibro-plástica ó sinostosante, contrariamente á las anteriormente descritas, que son atróficas y deformantes.

Es enfermedad frecuente en los periodos extremos de la vida y

el sexo no tiene influencia alguna en su desarrollo. Los casos citados por Variot, Rafin, Barbier y Fraehlich se refieren a adolescentes de ambos sexos de 12 á 18 años en cuya edad es fácil poder excluir la blenorragia (?) como factor etiológico del reumatismo anquilosante, cual infección citamos por tener una influencia manifiesta y bien conocida en la producción de las anquilosis.

Hay que distinguir dos formas: una generalizada; la otra mono-articular.

En la forma generalizada ó poli-articular el comienzo es variable; lento e insidioso algunas veces (Observación XLIII), es de ordinario brusco y con intensas reacciones generales y locales con escalofríos fiebre, sudores etc. y las articulaciones invadidas calientes dolorosas e impotentes. Los movimientos activos ó pasivos despiertan dolores atroces, pero pasado algun tiempo la agudeza de los síntomas disminuye, el dolor, ya mitigado, persiste y los miem-

bros suelen adoptar posiciones viciosas cuyo intento de reducción aviva el proceso inflamatorio.

Todas las articulaciones pueden ser atacadas; algunos casos de espondilosis rizomélica tipo Marie citados por Poncet, Pic y Rabassa resultan muy interesantes y en todos ellos se encuentra la misma patogenia tuberculosa (Observación Xlll). Malherbe explica, por un reumatismo anquilosante de la cadena de huesecillos del oído, la sordera de algunos tuberculosos.

En la forma mono-articular, cuya aparición suele ser también brusca, se encuentran atacadas una porción de articulaciones á la vez, pero la inflamación no tarda mucho tiempo en fijarse al nivel de una sola. El proceso marcha presto á la anquilosis (Observación Xll), y cuando la fluxión articular cede, sobreviene el periodo de atrofas y deformaciones que determinan actitudes viciosas en los miembros, que si se descuidan algun tiempo resultan difíciles de corre-

gir.

La forma crónica anquilosante mono-articular del reumatismo tuberculoso no debe confundirse con los tumores blancos benignos que curan espontáneamente por anquilosis; la evolución y el aspecto clínico evidencian la ausencia de fungosidades y de supuración. Lo mismo decimos con respecto á la enfermedad de Volkmann, con la que solo tiene de comun su naturaleza tuberculosa y la anquilosis que es propia de ambas en su último periodo evolutivo.

Las lesiones del reumatismo tuberculoso anquilosante tienen, como ya hemos dicho, una tendencia invencible á la anquilosis pudiendo llegar hasta la soldadura de los huesos (Observación XII). Al igual que en ^{el} pseudo-reumatismo blenorragico y en todos los demas pseudo-reumatismos, el proceso es simplemente inflamatorio, siendo inútil todo esfuerzo para encontrar un criterio anatómico y clínico que sirva para distinguirlos.

Mouriquand, en sus estudios sobre este reumatismo, llama la atención acerca de una particularidad de su evolución clínica. Dice haber observado que comunmente las lesiones articulares presentan cierta simetría, enfermando á la vez articulaciones homólogas, de lo cual algunos deducen que, en ciertos casos, esta bilateralidad de las lesiones autoriza á suponer la infección primitiva de los centros nerviosos o del sistema periférico, que explicaría el fracaso no excepcional de las investigaciones bacteriológicas y de los procedimientos de experimentación para la demostración de la naturaleza bacilar del reumatismo tuberculoso crónico, el cual sería debido á la actuación de las toxinas del bacilo de Koch, segregadas, á distancia, en los centros nerviosos. Esta manera de discurrir concuerda exactamente con una de las teorías patogénicas, ya expuestas antes, del reumatismo tuberculoso.

DIAGNOSTICO =

Dice el Profesor Poncet que "para establecer el diagnóstico del reumatismo tuberculoso precisa, ante todo, acordarse de este pseudo-reumatismo, porque la tuberculosis, siendo enfermedad esencialmente infecciosa tiene el derecho, como las restantes infecciones, de producir un pseudo-reumatismo. Debemos acordarnos con mayor empeño siempre que el enfermo reumático sea á la vez un enfermo bacilar por otros motivos. La ausencia de cualquiera otra infección que la bacilosis, constituye una firme presunción en favor de esta".

cuando se trate de un reumatismo bacilar primitivo, las dificultades son mayores; sin embargo, el aspecto del paciente, su estado general, el surmenage, la mala higiene, el enflaquecimiento, la fiebre vespertina y todo cuanto haya sido capaz de prepararla apari-

ción de la tuberculosis bajo esta forma reumática, constituirá una probabilidad a favor de la naturaleza bacilar del reumatismo. Se indagará detalladamente la herencia del enfermo, se buscará en su salud anterior el rastro de la tuberculosis, haciendo con esta lo que es corriente hacer con la sífilis en presencia de una afección nerviosa. La micro+pliadenitis cervical, las cicatrices escrofulosas, el estado de las vísceras especialmente del pulmón y de los testículos, nos orientarán para un buen diagnóstico. La evolución de la lesión reumática deberá ser tomada en cuenta; si procede por brotes sub-agudos ó tiende á la cronicidad y á la anquilosis, bien estará pensar en la posibilidad de una tuberculosis que es necesario descubrir cuanto antes.

Brusquedad en la aparición, estallando sin pródromos locales, localizaciones múltiples que no tardan en retroceder para fijarse en una, dos, o mas articulaciones, fracaso constante del tratamiento espe-

cífico del reumatismo franco, tendencia a la anquilosis y preferencia marcada por las grandes articulaciones, son los caracteres clínicos de los pseudo-reumatismos infecciosos.

Cuando éstas manifestaciones se desarrollan en un individuo tuberculoso o de herencia tuberculosa sin que ninguna otra causa (blenorragia, escarlatina, viruela, difteria, u otra enfermedad infecciosa) puedan explicar su aparición, entonces el clínico podrá creerse autorizado para atribuir a la tuberculosis todos los accidentes.

Repetiremos una vez mas que el reumatismo tuberculoso no tiene sintomatología propia, ni cosa especial que le caracterice anatómicamente y en su consecuencia el diagnóstico sólo podrá ser etiológico.

Pero aun siendo ésto cierto, hay que reconocer la posibilidad de distinguir las artropatías reumáticas tuberculosas de otras enfermedades con las cuales es fácil la confusión. De los tumores blancos, se diferencian bien por su carácter agudo, por su asiento poli-arti-

cular, por la ausencia de fungus y de pus, por su mejoría a veces espontánea y por la reintegración frecuente y, muchas veces, rápida de las funciones articulares.

La osteomielitis incipiente puede confundirse, sobre todo en los niños, con el reumatismo tuberculoso agudo; en la primera, el dolor está localizado en las epífisis óseas que pronto aumentan de volumen; en el segundo, el dolor se localiza en la interlínea articular, presentando acentuadas exacerbaciones y remisiones, no aumentando de volumen las extremidades articulares.

Igualmente hay que diferenciar las artralgias espontáneas, especialmente las nocturnas, provocadas a menudo por una fatiga cualquiera y que son conocidas con el nombre de dolores de crecimiento, difíciles de distinguir de las artralgias reumáticas tuberculosas. Poncet advierte que es urgente desconfiar de éstos dolores en sujetos de poca salud, que enflaquecen rápidamente y que sudan por la noche,

porque se trata, casi siempre, del reumatismo tuberculoso. Los antecedentes personales y la herencia nos darán la clave para el diagnóstico.

Pero es sobre todo con el reumatismo articular agudo verdadero de Bouillaud, que importa puntualizar bien las diferencias. Las dos enfermedades tienen un comienzo repentino, inflaman muchas articulaciones a la vez, pero el dolor en el reumatismo verdadero es siempre periarticular y casi nunca se localiza en la interlínea como ocurre siempre en los pseudo-reumatismos infecciosos. Además, el reumatismo tuberculoso no responde eficazmente a la medicación salicilada, circunstancia que ha de tenerse como patognomónica al igual que la poca frecuencia de las complicaciones cardíacas. El reumatismo verdadero sólo produce anquilosis cuando es crónico y de larga duración, y jamás se transforma en artritis fungosa, contrariamente a lo que ocurre con el reumatismo bacilar.

En las formas crónicas del reumatismo tuberculoso y en las también crónicas del reumatismo verdadero, sería ilusorio buscar en los fenómenos locales signos ^{ie} suficientes para su diferenciación; sólo los antecedentes hereditarios y los personales del enfermo descubrirán la tara tuberculosa.

Por consiguiente, la marcha general que ha de seguirse para el diagnóstico ha de consistir en eliminar el verdadero reumatismo; descartar la tuberculosis específica; hacer el diagnóstico de pseudo reumatismo infeccioso; pensar que este reumatismo infeccioso puede ser de origen bacilar y tratar de demostrarlo clínicamente, lo cual no siempre resulta posible. Entonces, para confirmar el diagnóstico, apelaremos á las investigaciones bacteriológicas y otros procedimientos de experimentación para tratar de obtener del Laboratorio lo que no pudimos conseguir de la Clínica.

Así pues, á los signos clínicos hay que sumar los diferentes

métodos de laboratorio que siendo positivos disiparán las dudas que el examen clínico haya despertado en nuestro ánimo.

El Profesor Poncet opina que no debe darse demasiada importancia á los métodos de experimentación, por-que, en su concepto, todos resultan infieles y de un valor indeterminado y algunos hasta peligrosos, reservándolos exclusivamente para los enfermos hospitalizados afectos de reumatismo tuberculoso primitivo, cuyo diagnóstico dudoso quiera documentarse científicamente. Es necesario, dice, saber prescindir de ellos porque la mayor parte no son capaces de demostrar la naturaleza tuberculosa de un reumatismo y porque sirven, cuanto mas, para descubrir una tuberculosis oculta. Nosotros que hemos experimentado algunas veces las inquietudes de la duda al hacer estos diagnósticos clínicos, consideramos de mucha utilidad y hasta indispensables, la experimentación y el concurso del Laboratorio; elementos, sin los cuales no sabríamos pasarnos para tran-

quilizar nuestra conciencia profesional. Es preciso reconocer que el diagnóstico clínico es siempre difícil, especialmente en los casos en que el reumatismo tuberculoso constituye la primera manifestación de la infección bacilar.

El estudio de los antecedentes hereditarios y personales del enfermo, los fenómenos de reacción general, la curva de la temperatura, la evolución de la enfermedad, etc., son motivos para sospechar la naturaleza de la infección causal del pseudo-reumatismo, pero la prueba clara, evidente, é insustituible de la naturaleza tuberculosas de las artritis, sólo podremos deducirla del hallazgo del bacilo de Koch ó de sus toxinas ó de las reacciones específicas que este bacilo determina en los tejidos y humores.

En el estudio histológico y bacteriológico del reumatismo tuberculoso distinguiremos los métodos que tienen por objeto diagnosticar la infección general del organismo por la tuberculosis, y los

métodos de diagnóstico de la naturaleza bacilar de una artropatía. No nos propomemos hacer una descripción minuciosa de todos ellos por considerarla impropia de la índole de este trabajo; nos limitaremos á recordarlos con toda la concisión posible.

Existen varios medios para averiguar si en el organismo hay algun foco de báilosis. Los mas importantes son: las inyecciones de tuberculina de Koch, la cuti-reaccion de Von Pirquet, la intradermo-reaccion de Mantoux, la oftalmo-reacción mas propiamente llamada reacción conjuntival de Calmette, la sero-reaccion de Arloing y Courmont, la inyección de suero artificial de Hutinel, la absorcion de ioduro patásico de G. See y de Landouzy, la evidenciación del bacilo en la sangre por el procedimiento de Bezançon y Griffon ó por la inoscopia de Jousset y por, el mas moderno, de la desviación del complemento.

Las inyecciones de tuberculina requieren una gran prudencia

en su aplicación y dosage. El mejor método es el de Bandelier y Roepke que consiste en inyectar a un adulto, después de haber comprobado durante dos ó tres días que no presenta elevaciones térmicas, 0,0002 Gr. de tuberculina, cuya inyección se repite pasados tres días con dosis igual á la inicial. Si el sujeto no presenta reacción se practica después de tres días una tercera y última inyección con una dosis de 0,005 Gr. Existiendo un foco de tuberculosis, se presenta una reacción febril de 38° que no pasará desapercibida tomando la temperatura al enfermo cada dos horas día y noche.

Para la cuti-reacción de Von Pirquet se practican dos escarificaciones en un brazo á 5 centímetros de distancia una de otra, y enseguida se aplica una ó dos gotas de una solución de tuberculina al 25% en una de las escarificaciones, dejando la otra como testigo. Si el sujeto es tuberculoso se presenta una infiltración in-

flameteria local sin acción alguna en el organismo. La reacción es negativa en los no tuberculosos y en los últimos días de una tuberculosis; puede practicarse durante el periodo febril y no es necesaria la toma de temperaturas.

La reacción conjuntival de Calmette consiste en instilar en la conjuntiva palpebral una gota de solución de tuberculina al 1 %. Transcurridas 6 ó 12 horas se desarrolla una reacción específica que se compara con el otro ojo que quedó como testigo. Recientemente, para evitar el error de interpretación que podría acarrear la irritación conjuntival producida por la glicerina, comunmente existente en todas las tuberculinas, Calmette hace precipitar la sustancia albuminocidea de la tuberculina con alcohol de 75%, la deseca y la aplica despues en disolución al 1 % que se expende ya en el comercio de esta forma preparada con el nombre de "tuberculintest". Tiene la ventaja de la cuti-reacción, pero no debe emplearse este

procedimiento diagnóstico si existen en los ojos lesiones tuberculosas y escrofulosas y si fue practicada antes con resultado positivo.

La intra-dermo-reacción consiste en inyectar la tuberculina en el espesor del dermis; es de resultados análogos á la cuti-reacción.

Estos métodos son los mas corrientes y fáciles y están al alcance de todos los médicos. El de Hutinel y Landouzy no se emplea actualmente porque pocas veces da un resultado suficientemente expresivo para formar juicio; los de Arloing y Courmont, Jossuet, y Bezançon y Griffon son juntamente con los de Bordet y Gengou mas complicados , mas largos y requieren tener á mano un Laboratorio y cuya descripción omitimos por ser de todos conocidos.

Los métodos para diagnosticar la naturaleza tuberculosa de una artropatía son para nosotros mas interesantes dado el fin que persiguen. Se fundan en el examen del líquido articular y sólo son a-

plicables en los casos de artropatias con derrame suficiente que pueda ser retirado por punción evacuadora; y no lo son, desde luego, en los casos de reumatismo tuberculoso en sus formas artrálgicas y en la plástida ó anquilosante.

El exámen directo de los líquidos intra-articulares para la investigación del bacilo de Koch es un procedimiento excelente por ser el mas rápido y el mas demostrativo. Previas las manipulaciones corrientes, se colorea la preparacion con el líquido de Ziehl y se examina al microscopio. Es conveniente hacer buen número de preparaciones, buscar con paciencia en muchos de sus campos y recurrir, si es preciso, a la centrifugacion del líquido, lo cual no siempre es factible dada la cantidad reducida de derrame que suele existir en la articulacion enferma.

Como en los derrames articulares, objeto de nuestras investigaciones bacteriológicas, los bacilos tuberculosos sólo pueden encontrarse

en escaso número, resulta difícil descubrirlos valiéndose de las preparaciones microscópicas de empleo corriente y deberemos recurrir a los diferentes métodos propuestos por Biedert, Spengler, Strohschein, Sörgo, Sachs-Mücke y Peters para encontrar los bacilos diseminados, dando la preferencia al empleo de la antiformina, recomendada por Uhlenhuth, que es una mezcla de hipoclorito sódico líquido y de hidrato alcalino en determinadas proporciones, la cual tiene la propiedad de disolver rápidamente todas las sustancias orgánicas, excepto la cera y las sustancias ceras que permanecen inalterables. De aquí que en una mezcla que contenga bacterias puedan destruirse todas las sustancias menos los bacilos tuberculosos y demás ácido-resistentes provistos de una membrana ceras.

Otro procedimiento es el llamado "método doble de Ellermann y Erlandsen", pero no es práctico porque exige complicadas manipulaciones.

El cultivo del bacilo tuberculoso es bastante mas difícil que el de la mayoría de las bacterias patógenas. Es aerobio estricto que necesita del oxígeno y de una temperatura próxima a los 37°. Hasta pasar una semana después de las siembras, no son visibles los cultivos que en forma de escamitas blancas crecen progresivamente hasta formar gruesas costras que cubren toda la superficie del cultivo que siempre debe disponerse de modo que resulte amplia para facilitar el mayor contacto de los bacilos con el aire.

El bacilo tuberculoso se desenvuelve muy bien en el suero sanguíneo de buey adicionado de glicerina al 2 y $\frac{1}{2}$ %, y tambien en el agar-agar ordinario y en el caldo adicionados de 3 á 5% de glicerina. Tambien son muy útiles las formulas de Hesse, Ficker y de Porkaner y Beck y se han preconizado otras muchas que sería superfluo enumerar.

Después de transcurrido algun tiempo del comienzo de la artri-

tis y bajo la influencia de ciertas propiedades bactericidas de la serosidad articular, de la que, en muchos casos, desaparecen totalmente los bacilos para enquistarse en las paredes de la sinovial, el bacilo de Koch pierde su virulencia y la aptitud para multiplicarse. Pero si los cultivos fracasan, sin embargo, la inoculación de la misma serosidad es en muchos casos positiva. Pero recordemos que Landouzy ha dicho que "la inoculación al cobayo posee un valor absoluto cuando el resultado es positivo, y que los resultados negativos deben ser interpretados". El pequeño número de bacilos y la escasa virulencia en las artropatías atenuadas, obligan á esperar los resultados por espacio de semanas y aun de meses, hasta en los casos agudos; en los casos crónicos rarísimas veces se ha conseguido poderé tuberculizar al cobayo por inoculación de serosidad.

Para Poncet, el fracaso de las inoculaciones depende, ó de la insuficiente cantidad ó calidad de bacilos, ó de su total ausencia.

En estos casos, las artropatías serían debidas á las toxinas tuberculosas procedentes de un foco alejado y latente.

Si tuberculizamos artificialmente un cobayo obtenemos reacciones térmicas mediante la inyección de serosidad de vejigatorios, Este es un medio aplicable á nuestros enfermos articulares, pero su valor exacto no ha podido determinarse todavía.

Otro método consiste en la investigación de productos tóxicos aglutinantes en la serosidad intra-articular, cuando es posible retirar de una articulación enferma una cantidad suficiente de líquido. La punción articular hay que hacerla en una fecha próxima al comienzo de la enfermedad y si inoculamos un cobayo con aquel líquido, pueden provocarse accidentes tóxicos, graves, muy parecidos á los producidos por los venenos de la uremia y de la eclampsia. Ravant dice que estos accidentes probablemente son debidos á toxialbúminas formadas en las serosas enfermas, sin que puedan consi-

derarse patognomónicos de la infección bacilar. Por lo tanto, no puede constituir un buen método diagnóstico.

Debove y Renault inyectan líquido articular á un animal previamente tuberculizado, y , en los casos positivos, obtienen una reacción térmica característica. Este procedimiento, que es sencillo en la práctica, está sugeto á múltiples causas de error que le quitan mucha importancia como método de diagnóstico.

Courmont ha demostrado que los líquidos articulares de naturaleza tuberculosa contienen, además de productos tóxicos, ciertas sustancias aglutinantes para el bacilo de Koch, y, en su consecuencia, aplica el sero-diagnóstico á estos líquidos serosos é intenta demostrar que las aglutininas específicas de estos derrames no provienen de la sangre sino que, por lo contrario, se difunden desde las serosas á la circulación general. Mediante algunas precauciones para evitar el error, hay que reconocer á este método un valor

estimable cuando la reacción es positiva.

El cito-diagnóstico consiste en la investigación de elementos figurados que se encuentran en los derrames serosos. La preponderancia de tal ó cual elemento celular constituye lo que se ha llamado "fórmula celular de un líquido" y conduce al cito-diagnóstico. En las tuberculosis primitivas, una mono-nucleosis considerable es la regla. Este es un método rápido y fácil que en manos de Dieulafoy ha dado resultados positivos para la pleura, pero que ha sido calificado por Poncet de incierto é inaplicable para las articulaciones, debido á la escasez del derrame articular aun en las formas hidropígenas del reumatismo tuberculoso.

Por igual motivo resulta tambien inaplicable el método de la "investigación y dosage de la fibrina", y ademas por que la abundancia ó escasez de fibrina en un líquido seroso no presenta una relación constante y bien demostrada con la naturaleza del mismo,

La radiografía y la radioscopia son un buen recurso para ayudar al diagnóstico de las lesiones articulares de la tuberculosis inflamatoria. En el caso que presentamos de poli-artritis deformante tuberculosa de las manos (Observación X) - (Lámina 24), pueden estudiarse las diferentes alteraciones en el volumen y forma de las epifisis: el tejido óseo está enrarecido de una manera irregular y no presta el debido apoyo al cartílago diartrodial que se desplaza en algunos puntos y es causa de las deformaciones de las cabezas óseas.

Con esto queda terminada la exposición sucinta de los distintos medios de diagnóstico que hoy nos brindan la Clínica, la radiografía, la experimentación y el Laboratorio. Los dos últimos confirmarán el diagnóstico clínico y permitirán asentar sobre bases científicas la enfermedad que estudiamos, diferenciándola y clasificándola en los cuadros nosológicos.

EVOLUCION Y PRONOSTICO =

Conociendo los numerosos elementos de diagnóstico expuestos en el capítulo que antecede, será relativamente fácil hacer un pronóstico sobre la evolución de las lesiones del reumatismo tuberculoso.

El pronóstico debe ser estudiado bajo dos puntos de vista principales: el de la inflamación reumática o de las lesiones en sí mismas, y el de la tuberculosis concomitante que las dió origen.

El pronóstico de la fluxion reumática, es muy variable porque depende de muchos factores: la edad, herencia, condiciones individuales, medio social, posición económica del enfermo y muy especial-

mente de la coexistencia y emplazamiento de otras manifestaciones bacilares ya sean articulares o viscerales.

El reumatismo tuberculoso agudo mono-articular evoluciona como el reumatismo verdadero y cura muchas veces despues de unas semanas de tratamiento, pero suelen aparecer nuevos ataques y entonces adquiere el caracter sub-agudo y se hace crónico, siendo en éste caso cuando es de temer su transformacion in situ en una osteo-artritis tuberculosa o artrocace, la que a pesar de su menor gravedad debemos evitar por todos los medios posibles.

Las formas crónicas mono-articulares proporcionan notables éxitos a los cirujanos y son el triunfo de la cirugía conservadora a causa de la plasticidad de las lesiones. Los tejidos resecaados se reparan facilmente en éstos enfermos, porque el periostio no fué destruido totalmente por la lesion y sí sólo inflamado, no habiendo perdido sus propiedades osteogénicas. De aquí que los resultados

prtopédicos y funcionales lejanos sean, casi siempre, satisfactorios.

En la forma aguda poli-articular, muy parecida también en su evolución al reumatismo de Bouillaud, las artritis curan ó se hacen crónicas. En este último caso producen enfermos incurables, anquilosados porque por la multiplicidad de las lesiones tiende á colocarse por encima de los recursos de la Cirugía; es pues una forma muy severa.

El pronóstico del reumatismo tuberculoso agudo es muy grave cuando provoca complicaciones viscerales: endocarditis, meningitis, encefalitis, inflamación difusa de las grandes serosas y visceritis diversas, que suelen terminar por la muerte ó cuando menos debilitan el poder defensivo del enfermo para luchar con ventaja contra nuevos ataques de una infección de la que no podrá salir triunfante.

Cuando en el curso del reumatismo tuberculoso son atacadas otras serosas no articulares, no precisamente a título de complicación, sino de localizaciones ab-articulares del reumatismo bacilar, se establece una especie de balanceo entre las lesiones articulares y las no articulares, obrando estas como una derivación de la enfermedad inicial que resulta desplazada de las articulaciones. Entonces algunas articulaciones que iban anquilosándose, recuperan de nuevo toda la amplitud de sus movimientos, mejorando extraordinariamente á expensas de la metástasis extra-articular.

En numerosos enfermos, sobre todo en los atacados de reumatismo bacilar secundario, el pronóstico es menos grave y hasta cierto punto benigno, si su situación social les permite ciertos dispendios con que atender debidamente á las necesidades de su estado. Particularmente en los niños cuyo organismo esta todavía virgen de muchas taras patológicas por su poca edad, en que los trabajos y obli-

gaciones de la vida están reducidos al minimum y por esto pueden rodearse de mayores cuidados y atender á su tratamineto de una manera mas regular y prolongada, el pronóstico es todavia mas benigno.

Las formas crónicas suelen conducir rapidamente a la anquilosis.

El pronóstico de la tuberculosis concomitante es ordinariamente benigno, especialmente en las formas crónicas. Poncet dice; "que una tuberculosis que consume sus arrestos en producir simples fluxiones articulares, es una tuberculosis atenuada que no será capaz, mas tarde, de engendrar lesiones viscerales virulentas. Los enfermos se defienden bien de esta tuberculosis cuando su organismo no fué preparado ni por la herencia ni por su pasado patológico. Las lesiones articulares y viscerales tienden á esclerosarse y á hacerse fibrosas permitiendo á los enfermos una vida larga, quizas de muchos años, porque se van vacunando lentamente y de tal modo que resultan refrac-

tarios á las formas graves y virulentas de la infección bacilar".

Y despues añade:"la tuberculosis inflamatoria es la revelación de una impregnación bacilar todavia benigna que descubierta á tiempo permite desemascarar una infección tuberculosa latente y luchar contra ella precoz y favorablemente. Debe ser tomada en cuenta en las grandes determinaciones de la vida, debiendo intervenir en la elección de carrera ú oficio y debe advertir al enfermo y al Médico que la resistencia es debil y que hace falta no olvidar que los niños concebidos padeciéndola, nacerán tuberculizados ó tuberculizables, con malformaciones congénitas, que morirán probablemente de meningitis, de hidrocefalia, de convulsiones, etc, ó que padecerán graves trastornos nerviosos, viscerales, articulares, etc.; por consiguiente, la tuberculosis inflamatoria constituye un precioso elemento de la profilaxis y de la lucha anti-tuberculosa".

Nada diremos de la forma granúlica del reumatismo tuberculoso

cuyo pronóstico es siempre mortal, pero afortunadamente, ya digimos
antes, que se ofrece en Clínica rarisimas veces.

.

TRATAMIENTO =

Recordando que la tuberculosis absorbe toda la patogenia de la enfermedad de Poncet, seria absurdo tratar a nuestros enfermos como simples reumáticos olvidando que ante todo son tuberculosos.

Aparte algunas indicaciones especiales, el tratamiento del reumatismo tuberculoso se confunde, en su conjunto, con el de la tuberculosis, siendo indispensable establecerlo con rapidez, especialmente en las formas primitivas, porque sabido es que pueden preceder a plazo a veces largo a una tuberculosis visceral o local, la que, algunas veces, estará en nuestra mano el poder evitar.

El tratamiento será a la vez general y local como en todas las tuberculosis articulares.

TRATAMIENTO GENERAL = Desde el principio hay que colocar al enfermo en las mejores condiciones de resistencia mediante una buena higiene, recomendándole una permanencia prolongada en el campo a pleno aire y a pleno sol, haciendo que huya de la atmósfera de las ciudades, tan perjudicial por contener un aire viciado bajo el punto de vista químico y bacteriológico y por la falta de asoleamiento. Las altitudes medias (800 a 1000^{m.}), al abrigo de los vientos, de las nieblas y humedades, convienen a éstos enfermos que mejoran también mucho en la orilla del mar, ya que no existe un clima específico de la tuberculosis. Se recomendará una alimentación sana y abundante, nunca copiosa y desordenada para no caer en la sobrealimentación que altera el equilibrio nutritivo y resulta funesta por muchos conceptos. La Helioterapia, de la que pueden obtenerse resultados sorprendentes, es un precioso auxiliar para la curación de éstos enfermos; mas adelante nos ocuparemos de ella con alguna extensión.

0

Las medicaciones fosfatadas, yodadas y arsenicales, así como el aceite de hígados de bacalao, el tanino, el hierro, las inyecciones de suero marino, los vanadatos, los fermentos oxidantes y las oxidasas, la plasmoterapia, la hemoplasa, la recalcificación de Ferrier, las inyecciones intra-musculares yodadas de Hotz, las inyecciones coloidales de Riquoir, la opoterapia, la paratoxina y el tratamiento específico por los sueros y las tuberculinas, tienen aquí muchas y buenas indicaciones.

El tratamiento específico proporciona en el reumatismo tuberculoso un buen contingente de éxitos. Nos limitaremos a recordar que entre los sueros están los de Maragliano descubierto en 1906, el de Marmorek en 1905, el de Cuguillièrre y los mas modernos de Lannelongue y Achard y Gaillard que producen una inmunización pasiva proporcionando al organismo los anticuerpos que necesita, procedentes del caballo o de la cabra inmunizados contra la tuberculosis.

Los partidarios de los sueros dicen que hay que administrarlos a dosis masivas si se quieren obtener resultados positivos; y para evitar los accidentes tóxicos que algunas veces acompañan a la inyeccion, Marmorek aconseja administrarlos por via rectal.

Louis Renon opina que éstos sueros deben sus efectos a una tuberculina modificada, ya que una simple accion antitóxica no seria nunca suficiente para contener y curar una enfermedad como la tuberculosis aun en sus comienzos y que la sueroterapia de la tuberculosis debe partir de un principio muy diferente de la sueroterapia anti-diftérica.

Las tuberculinas obran de una manera totalmente distinta de los sueros, produciendo una inmunizacion activa del organismo, obligándole a elaborar los anticuerpos específicos que necesita para su defensa. La tuberculinoterapia ha sido ensayada con resultados variables habiendo merecido severísimas críticas capaces de limitar su empleo.

Son en gran número las tuberculinas que circulan en manos de los médicos: la T. A., la T. O., la T. R. y la B. E. de Koch; la tuberculina sin albumosa preparada en la fábrica de Höchst; la endontina que Gordon defendió en la reunion de naturalistas de Koenisberg asegurando que evita la reaccion febril; el tuberculol de Landmann; la tuberculoplasmina de Buchner; la tuberculocidina y la antisina de Klebs cuya administracion se hace simultáneamente; la tuberculina de Denys empleada en los sanatorios de Bélgica, Suiza y norte de Francia con resultados poco constantes; la de Beraneck y las tuberculinas y vacunas de Carlos Spengler.

Los métodos de aplicacion son muy diferentes, no existiendo acuerdo definitivo sobre los enfermos a tratar, ni sobre la duracion del tratamiento, como tampoco en lo referente a las dosis, pues mientras unos recomiendan cantidades relativamente elevadas, otros aconsejan dosis casi homeópáticas. Así pues, el tratamiento de la tuberculosis

por las tuberculinas es difícil y largo, requiriendo mucha paciencia por parte del médico y del enfermo, no siendo aplicable a todos los bacilares por sus diferentes maneras de reaccionar.

Sin embargo, comenzando con dosis mínimas que van elevándose de tal modo que sólo determinen reacciones insignificantes para conseguir una inmunización progresiva, suspendiendo durante largo tiempo las inyecciones tan pronto como aparezcan fiebre alta y otros síntomas generales, individualizando en todos los casos, teniendo experiencia de su aplicación y excluyendo del tratamiento a los cardiacos, nefríticos, epilépticos, diabéticos, embarazadas, y a todos los enfermos que tengan elevadas y sostenidas temperaturas que constituyen contraindicación formal del tratamiento específico, los peligros de la tuberculinoterapia no son tantos para que debamos pronunciarnos en contra de su empleo. Por lo contrario, el número de partidarios aumenta de día en día porque está ya demostrada su acción efi-

caz en la inmensa mayoría de los casos.

No nos detendremos en hacer la exposicion detallada de todas las particularidades de la tuberculinoterapia; a nosotros nos basta saber que de todas las tuberculinas conocidas, la T. R. es la que en las tuberculosis quirúrgicas, rinde los mejores resultados.

Tambien podremos ensayar los cuerpos inmunizantes de Spengler (Immun Korper), medicacion fundada en la inmunizacion por medio de un extracto celular de glóbulos rojos, ya que está demostrado segun afirma aquel autor que éstos son los principales productores de sustancias inmunizantes. Especialmente en los enfermos que acusan dolores muy agudos, cualquiera que sea el sitio de la lesion, Poncet aconseja ésta terapéutica, empezando con dosis débiles como la solucion al 1 por 100.000 de la que se emplean 5 gotas en fricciones o en inyeccion subcutánea cada dos dias y despues cada dia. Si estas dosis son mal toleradas se reducen o se espacian; en el caso contra-

107.

rio, se titulará la solución al 1 por 30.000, al 1 por 10.000, para llegar al 1 por 1.000.

El preparado antituberculoso de Spengler no es un verdadero suero sino que es, como ya dijimos, un extracto de glóbulos rojos de caballo inmunizado contra la tuberculosis, que contiene unidades antitóxicas y líticas. Es un líquido incoloro que el comercio expende en ampollas de un centímetro cúbico numeradas del 1 al 5 según la concentración que disminuye 10 veces por cada número. Cuando los Y. K. no resultan eficaces, Spengler apela a la auto-transfusión inyectando la sangre hemolizada del propio enfermo ya sola o mezclada con los cuerpos inmunizantes; ésta terapéutica combinada se denomina "terapéutica inmunotóxicosanguínea". La mejoría es siempre lenta y progresiva, pero, algunas veces, hay que suspender su empleo a causa de los fuertes brotes reaccionales a que da lugar.

Poncet aconseja dejar la tuberculina para tratar los casos sub-

agudos y los crónicos de caracter escleroso, comenzando por dosis débiles de tuberculina ordinaria, no olvidando jamás que el tratamiento debe ser vigilado constantemente.

Van Lier ha ensayado, en doce casos, el método de Hotz para el tratamiento general, en vez del local, de las tuberculosis articulares, óseas y ganglionares. Consiste en administrar el yodo en inyecciones intra-musculares empleando una disolucion compuesta de 9 partes de yodoformo y 10 partes de una solucion de tintura de yodo al 10 por 100 en 20 de glicerina. La 1ª inyeccion es de 3 c/c. y las otras de 2 c/c. que se aplican cada 2 semanas hasta emplear 22 c/c. de la mezcla. Hotz dice que el yodo despierta una reaccion vital que se manifiesta al principio por linfocitosis; el fermento de los linfocitos actúa sobre la grasa, incluso la de las bacterias, y afirma que su accion es inmejorable como lo corroboran los casos tratados por Van Lier.

TRATAMIENTO LOCAL Para las formas agudas y sub-agudas, varía segun los casos, aunque debe cumplir siempre las dos grandes indicaciones siguientes: 1ª Prevenir la transformacion de la artritis pseudo-reumática en una artritis fungosa; 2ª Oponerse, en lo posible, a la formacion de una anquilosis.

Para cumplir la 1ª hay que inmovilizar las articulaciones enfermas por medio de gotieras, vendages enyesados, &, como en toda artritis aguda y dolorosa. La revulsion local con el yodo, el vejigatorio y el cautério tienen indicaciones reales y son de efectos notables, como tambien las tienen los fomentos calientes, ouataplasmas, baños de calor, de aire caliente, el baño local termo-eléctrico, baños de arena, la radioterapia y el método de Bier. Para los casos muy rebeldes y para los extraordinariamente dolorosos se recomiendan los abscesos de fijacion de Fochier con la esencia de trementina, como remedio heróico.

En las formas plásticas agudas que se caracterizan por su tendencia invencible a la anquilosis, es preciso colocar los miembros enfermos en una posición conveniente para que el trastorno funcional ulterior quede reducido al minimum.

La inmovilización de las articulaciones debe ser rigurosa en los casos agudos cuando son de temer las producciones fungosas, pero en las artritis sub-agudas y crónicas, en las que suelen producirse anquilosis y rigideces articulares, es necesaria una movilización relativa acompañada de masaje, fricciones, gimnasia y la mecanoterapia, las que con la hidroterapia rendirán útiles servicios.

Los derrames abundantes (excepcionales) deberán ser puncionados y reemplazados por la glicerina yodoformada.

El método de hiperhemia pasiva de Bier está indicado en algunos casos, pero sus resultados no pueden calificarse de excelentes.

Cuando la anquilosis no haya podido evitarse, y si el estado ge-

neral lo consiente, recurriremos a las resecciones ortopédicas y a todos los métodos recomendados contra éstas deformaciones. Los resultados de la intervencion quirúrgica acostumbran a ser brillantes a condicion de que el proceso infectivo esté totalmente extinguido, de lo contrario, las recidivas son frecuentes.

La tiosinamina es un medicamento con el cual se puede ensayar de reblandecer el tejido fibroso cicatricial. Es un allyl-sulfo-carbamido, obtenido por la accion del amoniaco sobre la esencia de mostaza. El hecho de no disolverse completamente mas que en el alcohol, hace que las inyecciones sean dolorosas por lo que se ha buscado una combinacion denominada fibrolisina que contiene una molécula de tiosinamina y media molécula de salicilato sódico, siendo así soluble en el agua en la proporcion del 15 %; todavia es mas soluble disolviéndola con la antipirina y así no se altera en contacto del aire, ni de la luz blanca. La tiosinamina reblandece las cicatrices sin

destruirlas ejerciendo su accion a distancia. Sus efectos resolutivos se explican por su accion quimiotáctica positiva sobre los corpúsculos blandos (Doliker); cuatro horas despues de la inyeccion la hiperleucocitosis es bien manifiesta.

Su accion es electiva sobre el tejido cicatricial, pero es rápida y fugaz, desapareciendo al cabo de pocos dias si no se aprovecha un tratamiento mecanoterápico asociado, como recomienda Teelecky para obtener una curacion definitiva. Se trata pues de un sensibilizador del tejido cicatricial que obedece a las influencias mecánicas que hubiéran sido ineficaces sin su accion prévia.

Dícese que los tuberculosos soportan dificilmente la tiosinamina, y Lebra asegura que su empléu reverdece algunas manifestaciones bacilares apagadas. Por consiguiente, y para no prescindir de éste utilísimu medicamento para combatir el reumatismo tuberculoso anquilosante, será preciso tiosinamizar los enfermos con toda clase de

precauciones.

En todas las formas del pseudo-reumatismo tuberculoso. el síntoma dolor suele manifestarse en forma de crisis muy violentas que aparecen de preferencia por las noches. El salicilato de sosa y la antipirina que tan eficaces son para el reumatismo verdadero, fracasan aquí totalmente; los fomentos calientes, las fricciones con pomadas a base de guayacol y salicilato de metilo, la aspirina, el salofeno, el piramidon, el diplosal, los vejigatorios y demás elementos de la terapéutica anti-reumática corriente, pueden ser ensayados aunque resultan insuficientes para conseguir un efecto analgésico completo. Poncet y Mailland recurren a la criogenina administrada al interior y en pomadas, reconociéndole una eficacia tan grande que preconizan éste fármaco como el específico del dolor en los reumáticos tuberculosos y, después de un gran número de ensayos, afirman que la criogenina es al reumatismo tuberculoso, lo que el salicilato es al

824.

reumatismo franco. Nosotros creemos tambien en la eficacia de la criogenina, porque la hemos empleado algunas veces con resultados magníficos.

Las indicaciones del tratamiento termal resultan algo difíciles de precisar. En general son de mucha utilidad para nuestros enfermos, pero, dada la naturaleza de las manifestaciones articulares, hay que proceder con algun cuidado ántes de aconsejar ésta cura, pues sabido es que algunas artritis dudosas o francamente tuberculosas, se agravan con su empléo. Recordamos que a un enfermo a quien nosotros aconsejamos los baños calientes de Caldas de Montbuy, regresó en un estado lamentable despues de tomar el 5º baño. En cambio los de lodo son de resultado para terminar con rapidez una convalecencia que se prolonga excesivamente.

Las formas poli-articulares, así como las viscerales (reumatismo abarticular), se combatirán con el tratamiento general y, contra

ellas, se utilizarán con gran ventaja las curas termales.

De intento hemos reservado para el final de éste capítulo el ocuparnos de la Helioterapia mundialmente reconocida como el agente mas eficaz de que disponemos para curar las tuberculosis quirúrgicas. En todas las manifestaciones articulares de la tuberculosis inflamatoria y preferentemente en el reumatismo tuberculoso crónico de los niños y adolescentes, los resultados que se obtienen con los baños de sol, pueden calificarse de maravillosos. Reboul, Vidal, Jaubert, Montennis, Mouriquand, Rivier, Bernhart, Chalot y Rollier, han practicado ensayos con éxitos tan sorprendentes que superan a toda ponderacion.

La Helioterapia tiene la inmensa ventaja de estar al alcance de todos los países y de todas las clases sociales, máxime ahora que se van construyendo, en todas las naciones, algunos sanatorios para enfermos tuberculosos pobres, cuyo número es de desear se multiplique

con rapidez.

No cabe en los límites de éste trabajo hacer un estudio detallado de las bases físicas y fisiológicas de la Helioterapia, ni de su manera precisa de obrar envuelta todavía en el mas profundo misterio, a pesar de los profundos trabajos de Nogier, Vignard, Gouffray y otros. Sólo sabemos que la luz solar determina reacciones distintas en la intimidad de los tejidos, llámense éstas, oxidaciones, reducciones, renovaciones celulares, &, que no es posible precisar. A la manera que juzgamos de un árbol por sus frutos, únicamente por los resultados terapéuticos podremos formarnos una idea del poder curativo de las radiaciones solares.

La técnica general para su aplicación exige ciertas condiciones que resumiremos en éstas palabras: debe ser progresiva, continua, total y vigilada, no debiendo olvidar que para adaptar éstos preceptos a cada caso particular hay que tener en cuenta la tolerancia y

demás condiciones individuales.

La cura solar carece en absoluto de acción ortopédica por lo cual la inmovilización debe hacerse con todo rigor aunque resulte bastante mas difícil, ya que las regiones enfermas deben ser descubiertas para su exposición directa a las radiaciones solares, y por consiguiente, hay que ingenjarse para conciliar la inmovilización con la insolación.

Esta cura puede hacerse en todas partes, escogiendo, a ser posible, las regiones mas luminosas en donde el brillo y la fuerza del sol sean menos variables e intermitentes; pues es condición indispensable que el tratamiento no pierda su continuidad. Bajo éste punto de vista las estaciones marítimas presentan una evidente superioridad sobre las de altura en donde el sol suele faltar por espacio de meses enteros. La montaña elevada tiene a su favor la sequedad, la ligereza, la frescura y limpieza incomparables de su atmósfera, cuyas

condiciones tienen una acción estimulante enérgica bienhechora. El clima marítimo, en particular el mediterráneo, dispone de luz intensa apenas interrumpida, de una temperatura regular y suave y de un aire saturado de sal y de yodo, en donde la cura solar se convierte en helio-marina.

Una clasificación a priori de los enfermos con fórmulas teóricas y rigurosas no debe hacerse a la ligera porque la práctica acostumbra a dar algunos mentis a quienes dogmatizan la cuestión de los climas marítimo y montañoso. Sólo aquilatando bien las ventajas de cada clima, sabremos a qué enfermos convendrá la montaña y a cuales el litoral. A éste, enviaremos de preferencia, los anémicos, escrofulosos, tuberculosos ganglionares, raquíuticos, convalecientes y en general a la mayor parte de los enfermos con tuberculosis inflamatoria quienes sacarán grandes ventajas de la adición del aire de mar a la cura solar.

El primer efecto de las radiaciones solares es una accion analgésica que se consigue a las pocas sesiones; los enfermos, antes tan intranquilos, se alivian, se alegran, comen mas y duermen mejor. Sin embargo, los dolores articulares aumentan los primeros dias, debido a que la insolacion provoca en los tejidos, hiperhemias, brotes congestivos, hinchazones, eritemas y hasta quemaduras superficiales que, al principio de la cura, producen algunas molestias que se suman a los dolores propios de la lesion. Los efectos son mas lentos cuando las lesiones son muy profundas, y algunas veces, se necesitan muchos meses de sol para conseguir una mejoria notable. A pesar de ésto, la helioterapia resulta superior a muchos métodos de tratamiento porque consigue una curacion integral de las articulaciones hasta en aquellos casos en que la anquilosis parecia inevitable, devolviendo a los tejidos la tonicidad, el volúmen, el vigor y las formas que la atrofia habia destruido y borrado.

Claro está que la helioterapia no es la panacéa de las tuberculosis quirúrgicas, pero hay que reconocer que coopera siempre a la terminación favorable de un gran número de casos, sobre todo si la combinamos con el masaje, la gimnasia y el estímulo de las funciones de la piel, asociados a una acertada higiene. El estado general mejora juntamente con el local y ésta mejora se traduce por aumento de peso y retorno de las fuerzas que hacen concebir a los enfermos la esperanza de una completa curación.

Reputadísimos por los extraordinarios éxitos alcanzados, son los Sanatorios de Berck Plage y Berck sur Mer (Francia) y el de Leysin (Suiza) cuyos modernos establecimientos practican en grande escala la helioterapia. En algunas fotografías de éstos Sanatorios incluídas en la obra "Artrocaces" del Dr. Lozano de Zaragoza, hemos podido admirar la magnificencia y esbeltez de éstos edificios y la manera práctica como los niños tuberculosos toman los baños de sol. Ellas

dan una idea del emplazamiento y hermosura del paisaje y de las condiciones especiales y casi ideales de higiene en que viven los tuberculosos. El Balneario de Panticosa (Huesca) situado en el Pirineo a 1.636 m. de altura sobre el nivel del mar, y el de la Toja en la Ria de Arosa (Coruña), son hermosísimas estaciones climatológicas donde podría implantarse la helioterapia contra la tuberculosis quirúrgica,

Por lo demás, bien puede decirse, sin caer en la exageración, que España entera es un Sanatorio helioterápico, pues aparte de algunas pocas provincias del Norte, en todas las demás sería posible practicar la cura solar en condiciones favorabilísimas debido a la transparencia de su cielo, a la nitidez de su atmósfera, a su extenso litoral y a la intensidad y brillo incomparables de su sol tan admirado y envidiado por los demás países europeos.

Y ésta es la síntesis de cuantos medios dispone la terapéutica

actual para el tratamiento del reumatismo tuberculoso. La lista es larga y nutrida figurando en ella las mas recientes adquisiciones de la terapéutica moderna antibacilar, pero aun así, es forzoso reconocer que el tratamiento específico de la tuberculosis no ha sido hallado todavia y que la mayoria de aquellos medios deben tenerse como simples paliativos o adyuvantes de la higiene general, que es la que debe regular y dominar el tratamiento del pseudo-reumatismo tuberculoso.

.....

=REUMATISMO TUBERCULOSO ABARTICULAR=

Como complemento del estudio que acabamos de exponer, dedicamos este último capítulo á describir las localizaciones extra-articulares del reumatismo tuberculoso de Poncet, las que estudiaremos de una manera muy compendiada, dando á conocer, solamente, algunas de ellas, á fin de no rebasar los justos límites de una Memoria Doctoral.

Poncet y Leriche designan bajo esta denominación "todas las manifestaciones extra-articulares de la tuberculosis inflamatoria que ocurren durante la evolución de un reumatismo tuberculoso articular, ó que, tomando el carácter fluxionario, el aspecto reumático, por

fuera de toda inflamación articular, son su equivalente".

Nosotros hemos visto algunos casos que vienen á confirmar su existencia. Recordando aquel principio de patologia general de Boueh chard, ya citado, el reumatismo tuberculoso puede hacer todo lo que hacen los demas reumatismos infecciosos y el reumatismo verdadero; lo que es cierto para todas las infecciones, debe serlo igualmente para la tuberculosis.

LOCALIZACION EN LAS PLEURAS— Constituye un determinismo frecuente del reumatismo tuberculoso. Los estudios de Landouzy han demostrado cuan sospechosos son de tuberculosis todos los enfermos de pleuresia á frígore, nunca específica y siempre indiferente anatomicamente.

El comienzo es una vez brusco ó va precedido de pródromos; hay tos y en uno ó en ámbos costados del pecho se manifiesta un dolor fuerte que la presión, las inspiraciones profundas y todos aquellos

actos que requieren la intervención de los músculos intercostales, exasperan considerablemente. Este dolor queda localizado á las paredes del torax y suele aliviarse mucho cuando se sujeta el pecho con un apretado vendaje. La fiebre puede acompañar á esta modalidad del reumatismo tuberculoso abarticular, la que no siempre produce derrames y, en algunos casos, queda reducida á una simple pleuralgia. Las lesiones de las pleuras se caracterizan anatómicamente por⁴ que son exclusivamente congestivas, inflamatorias, completamente asimilables á las del reumatismo articular, siéndolo también etiológicamente porque dependen de la actuación del bacilo de Koch ó de sus toxinas. Por lo demás, estos caracteres anatómicos y etiológicos corresponden á todas las localizaciones del reumatismo tuberculoso extra-articular.

Esta manifestación reumática tuberculosa, aparece, se modifica, se desplaza y desaparece con una grande variabilidad. Los signos

estetoscópicos dependen de la variedad que observemos. El diagnóstico patogénico es de los mas fáciles cuando sobrevienen en sujetos sospechosos ó atacados de formas agudas ó crónicas de la tuberculosis médica ó quirúrgica, pero las dificultades son muchas cuando se desarrollan en individuos, al parecer, en plena salud; en estos casos, se debe investigar el pasado del enfermo para averiguar si padeció alguna lesión tuberculosa que evoluciona al estado de latencia, si tuvo bronquitis repetidas, una pleuresia anterior, congestiones pulmonares con hemoptisis, adenitis cervicales ó cualquiera otro antecedente hereditario, ó tambien, si la tuberculosis inflamatoria ha empezado, en estos individuos, por las pleuras, á la manera de una tuberculosis local.

La investigación del bacilo tuberculoso en el líquido pleural (cuando existe) y los ensayos de cultivos hechos con esta serosidad, han resultado fallidos, pero la inoculación del derrame pleurítico

en el peritoneo del cobayo ha dado resultados tales que Netter ha conseguido provocar la tuberculosis experimental en este animal de laboratorio, en una proporción del 60 % operando con un líquido pleural de origen claramente tuberculoso, y en una proporción del 40 % con un líquido procedente de pleuresias supuestas tuberculosas. Las inyecciones de tuberculina provocan reacciones febriles bien características, y, Debove y Renauât han podido extraer la tuberculina de algunos derrames pleurales en los que no se pudo comprobar la presencia del bacilo tuberculoso. Estas experiencias demuestran claramente que las localizaciones pleurales del reumatismo abarticular son tuberculosas y debidas a los venenos bacilares elaborados en algun foco conocido ó ignorado del organismo.

Se caracterizan por su relativa benignidad; el empleo de los salicilatos, la antipirina y la quinina no consigue yugular la enfermedad que se hace tributaria del tratamiento higiénico y farma-

cológico antibacilar. Nosotros tuvimos una enferma, cuya historia clínica acompañamos (Observación XV) la cual tomó grandes dosis de salicilato sódico Clin por espacio de muchos días y sin conseguir el menor alivio, y que curó rápidamente con algunas cucharadas de una solución creosotada. Le practicamos la cuti-reacción que resultó positiva. El análisis microscópico de los esputos fué negativo.

De las investigaciones clínicas llevadas á cabo por Schneider, á propósito de las relaciones existentes entre el reumatismo bacilar y la pleuresia, se deduce que, de cada 5 pleuríticos, uno presentaba reumatismo tuberculoso anterior, posterior ó concomitante con la localización pleural. Estas cifras demuestran el interés práctico de esta modalidad.

LOCALIZACION EN LAS MENINGES= Todos los médicos han tenido ocasión de sorprenderse agradablemente de la feliz terminación de algunos casos de meningitis, diagnosticadas tuberculosas, que se desarro-

llan en sujetos bacilares ó que gozaban aparentemente de una completa salud. Estos casos favorables han sido atribuidos á un error de diagnóstico y calificados de meningitis banal ó meningismo, teniendo en cuenta la terminación, siempre funesta, de la meningitis tuberculosa, Poncet insinúa la probabilidad de que la mayor parte de estas meningitis curadas, sean tuberculosis inflamatorias con lesiones simplemente congestivas y exudativas, cuyo síndrome meníngeo es la expresión clínica de una bacilosis atenuada.

Para el Decano de la Facultad de Medicina de Lyon, las membranas meninges, como las restantes serosas del organismo, son capaces de sufrir infecciones atenuadas, poco virulentas, que se traducen clínicamente por fluxiones y edemas meníngeos acompañados de una sintomatología alarmante, pero susceptibles de resolverse y desaparecer completamente. "Estas formas benignas dependen de la tuberculosis y pueden considerarse como equivalentes inflamatorios reumáticos.

En apoyo de sus afirmaciones cita algunos casos clínicos observados en su servicio hospitalario, de los cuales copiamos dos por parecernos los mas típicos. "Una mujer de 36 años entra en la Clínica por una osteo-artritis supurada del codo derecho. Algunos días despues, se le practicó una resección completa del codo; al 5º día, cuando todo parecia evolucionar normalmente, esta enferma se queja de cefaleas violentas, espasmos convulsivos de la cara y náuseas. El vientre se pone duro y tenso y en 40 horas cae en un coma completo. Hicimos un pronóstico fatal, á plazo breve, pensando en la gravedad post-operatoria. Pasados unos días, todos los fenómenos desaparecian progresivamente, y la curación del codo continuaba sin estorbo alguno. Hoy, 5 años despues, esta pobre mujer entra de nuevo en nuestro servicio por una tuberculosis calcánea, operada recientemente. Este nuevo traumatismo operatorio ha producido algunos trastornos meníngeos, aunque leves; durante muchos días ha acusado una

cefalea frontal extremadamente violenta y fotofobia, estreñimiento, agitación y delirio; después, todo entra en orden progresivamente. Actualmente nada queda de este episodio impresionante".

"Una joven de 19 años es asistida en nuestras clínicas por una coxalgia rebelde muy dolorosa, tipo caries seca. Una tarde, con motivo de un intempestivo movimiento de su cadera, presenta bruscamente fenómenos delirantes que van seguidos de una extraordinaria depresión con cefalea, torpeza intelectual, enflaquecimiento, etc. Respuesta de este primer ataque meníngeo, se queja, desde hace algún tiempo, de cefaleas intensas que á nada ceden. Poco después cae en un coma completo, con los ojos convulsos, respiración suspirosa, estreñimiento é hipertemia. Pasados 5 ó 6 días todo este cuadro desaparece lentamente, y a los 15 días nada subsiste de este segundo episodio meníngeo".

Estos casos parecen ser, dice Poncet, bien típicos de meningopa-

patías tuberculosas inflamatorias con exudados reabsorbibles.

En la Sociedad Médica de los Hospitales de Lyon y en la de igual título de Paris, han sido discutidas algunas observaciones presentadas a su sancion, de las cuales algunas han sido ratificadas y consideradas como manifestaciones del reumatismo tuberculoso abarticular,

LOCALIZACIONES CUTANEAS= Las localizaciones cutáneas del reumatismo tuberculoso son muy numerosas. Conviene no olvidar que en dermatología, la tuberculosis va sustituyendo, de cada día mas, al artritismo considerado como factor etiológico. Nos referiremos al psoriasis por haber observado personalmente dos casos que nos han parecido ser de naturaleza tuberculosa, uno de los cuales ha dado motivo a una historia clínica que adjuntamos.

La patogenia del psoriasis ha dado lugar á vivas discusiones entre los dematólogos, de las cuales han surgido diversas teorías para explicarlas: la parasitaria, que no ha sido demostrada científicamente;

la nerviosa, defendida por Charcot apesar de que muchos psoriásicos no presentan signo alguno de nerviosismo admitiendo que el sistema nervioso favorece el desarrollo del psoriasis debilitando la resistencia de la epidermis; la diatésica; la congénita,; y la de las reacciones cutáneas de Brocq, que comprende las cuatro citadas y permite considerar al psoriasis como un síndrome mas que como una entidad morbosa.

Los casos en que el psoriasis coincide con la tuberculosis son muy frecuentes en la literatura médica. Nicolas y Gauthier descubren, valiendose de la cuti-reacción, cuatro tuberculosis en nueve psoriásicos; Milian refiere que inyectando tuberculina á 6 psoriásicos con artropatias diversas, 5 de ellos, reaccionaron violentamente con 39 y 40° de temperatura, y presentaron dolores articulares agudos con reacción local análoga á la de la tuberculosis cutánea tratada por la tuberculina. Maurin en su Tesis Doctoral del año 1913 presenta

134.

13 observaciones de enfermos psoríasicos que diéron cuti-reacciones positivas. El caso, por nosotros observado (Observación N^o XVI) es un psoriásico sospechoso de tuberculosis por sus antecedentes y que, á la vez, reacciona á la cuti-reacción.

Por consiguiente, existen motivos suficientes para admitir que en muchos casos (no todos) el psoriasis puede incluirse en el grupo de las toxi-tubercúlides definido por Hallopeau.

NUDOSIDADES SUB-CUTANEAS= Otra localización cutánea, muy curiosa, del reumatismo tuberculoso abarticular, son las nudosidades fibrosas descritas por Meynet que asientan debajo de la piel y que, ordinariamente, son efímeras y fugaces, pero pueden persistir indefinidamente. En el caso por nosotros visto (Observación N^o XVII), las nudosidades sub-cutáneas ocupan todos los dedos de ambas manos y datan de 16 años; la Señora, que las padece, tiene antecedentes familiares y personales tuberculosos, y, repetidas veces, ha sufrido ata-

ques de reumatismo tuberculoso articular.

Roy, que ha estudiado estas lesiones, dice que están formadas por un edema del dermis con infiltración abundante de leucocitos, sin fisonomía histológica específica. Cita el caso de un enfermo de G. Roque que las presentaba muy numerosas y que, á la vez, sufría de reumatismo tuberculoso articular.

En nuestra enferma las nudosidades digitales tienen la consistencia muy dura, como ósea, pero no podemos afirmar nada respecto á su naturaleza, debido á la oposición sistemática siempre opuesta á que se nos permitiera abrir alguna. Poncet y Leriche creen que en algunas de estas nudosidades se forman placas calcáreas ú osiformes invocando, para explicar su constitución, la intoxicación bacilar que en estos enfermos es ~~posible~~ posible evidenciar con la sero-reacción ó por otros métodos experimentales que algunas veces resultan positivos.

Las localizaciones descritas representan segun Poncet "uno de los múltiples eslabones de la cadena que une la tuberculosis al artrismo, y permiten demostrar con cuánta frecuencia los artríticos no son sino tuberculosos á mínima".

Consecuentes con nuestro propósito, ya expuesto al comenzar este capítulo, nada diremos de las restantes localizaciones del reumatismo abarticular, las que solo ennumeraremos, si bien, reconociendo su capital importancia clínica; y renunciaremos tambien, atendiendo á su parecido con las localizaciones determinadas por el reumatismo verdadero, de las que solo se diferencian por su patogenia. Por su orden de mayor frecuencia citaremos, en primer término, las cardiacas (endocarditis, pericarditis), las pulmonares, las nerviosas (corea, ciática, neuralgia facial, etc.), las oculares (iritis, queratitis, coroiditis, etc.), las glandulares (tiroiditis, mastitis, parotiditis, etc.), las del tubo digestivo (anginas, enteritis,

enterocolitis membranosa), las genito-urinarias (epididimitis, hidrocele, metrosalpingitis, etc.), las musculares (mialgias, hiperestesias, etc.), y las ya descritas, cuyas lesiones repetiremos, que son puramente congestivas, sin caracter anatómico especial, pero todas producidas por las toxinas bacilares.

.

=CASOS CLINICOS=

OBSERVACIÓN 1 (personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso (forma artrálgica)

Luisa B. de 17 años de edad, soltera, natural de Lérída; solicita nuestra asistencia el 19 de Octubre de 1912. Desde hace 4 meses se siente mal, tose, se fatiga, está inapetente, tiene menstruos escasos, casi blancos, y aqueja dolores vagos localizados en los miembros, plano posterior del torax y región lumbar, los que, algunos dias la molestan muchísimo.

Antecedentes= A los dos años y medio de edad padeció sarampión complicado de bronco-pneumonia de caracter grave y difteria á los 8. De algunos años á esta parte, catarros bronquiales repetidos y de larga duración durante los inviernos, y algunas neuralgias articu-

lares. Su padre tuvo hace 40 años una pulmonia; su madre una tisis laringea que se propagó al pulmon., de la que falleció cuando nuestra enferma contaba tres años.

Al primer examen presenta un tinte anémico pronunciado; dice que suda profusamente durante el sueño, y tiene ligera fiebre vespertina, tos, inapetencia y fatiga al menor esfuerzo. A la auscultación se aprecia rudeza respiratoria en ambos vértices, aumento de las vibraciones torácicas, expiración prolongada y matidez por debajo de ambas clavículas, más pronunciada en el lado izquierdo. Taquicardia, arritmia y un dolor vivo en la fosa supra-espinosa izquierda,

El microscopio denuncia la presencia del Bacilo de Koch en los esputos.

Tiene dolores agudos en la espalda, en el codo y muñeca derechos y tiene también en la rodilla, aunque menos intensos. Durante la noche, su intensidad aumenta, exasperándose a la presión de tal manera

140.

que arrancan quejidos y movimientos de defensa a la paciente. En las articulaciones doloridas no se aprecia ninguno de los síntomas objetivos de la inflamación.

Prescribimos, á título de prueba, el reposo en cama, la medicación salicilada y un linimento calmante cloroformado, que no dieron resultados apreciables. Despues, tiocol y dionina, logrando dominar por completo los dolores y la tos en el espacio de 15 días; la fiebre y los sudores disminuyeron mas cada dia. Conseguidos estos efectos, dirigimos el tratamiento en el sentido de procurar una buena ventilación pulmonar recomendando el aire libre y puro, una alimentación sana y reparadora, administrándole además unas inyecciones de cacodilato de guayacol, con lo que se obtuvo en 2 meses, una notable mejoría del estado general y de todos los síntomas pulmonares.

144.

OBSERVACION 11 (personal)

Diagnóstica - Reumatismo tuberculoso secundario (forma artrálgica).

(Véase lam. nº11).

Antonio G., farmacéutico, de 32 años de edad, natural de Lérida.

Antecedentes - No los tiene reumáticos, ni bacilares. Padeció escarlatina a los 10 años y una gripe de forma torácica con síntomas pulmonares graves en Abril de 1909. Desde entonces presenta señales de una impregnación bacilar: la tos persiste con periodos de alivio y exacerbación, se fatiga, se desnutre a pesar de que conserva el apetito y suda durante el sueño. Tiene una fé grande en la solución creosotada de Pantauberge de la que tomó algunos frascos experimentando un ligero alivio.

En Agosto de 1910 los esputos son sanguinolentos, la tos aumenta, aparece fiebre y enflaquece rápidamente. Siente dolores en los costados del pecho, en los codos y muñecas, en ambas rodillas y a todo lo

largo de la columna vertebral, los cuales no son fijos sino que aparecen y desaparecen sin motivo justificado. Auscultando el pecho se aprecia respiración ruda, expiración larga, vibraciones torácicas aumentadas, submatidez y crugidos en el vértice derecho, Expectoración matutina abundante, en la que el análisis bacteriológico acusa la presencia del bacilo de Koch.

Examinadas las zonas dolorosas no se aprecian calor, ni tumefacción articular. Los dolores son fugaces, aumentan con los movimientos, pasan de una a otra articulación y llegan a ceder por completo, algunos días. El sueño es intranquilo y alterado por la tos, las algias y la opresión. Atendiendo a ruegos del ~~del~~ enfermo se ensayan los salicilatos, que fracasan.

Cuatro semanas después tomó la criogenina con la que las molestias ceden parcialmente. El enfermo puede salir algunos días al campo, hasta que una violenta hemoptisis le postra nuevamente en cama.

143.

Transcurridos 7 días, nuevos y atroces dolores se fijan en las articulaciones afectas anteriormente, propagándose a las manos y a la cadera izquierda, con lo que el enfermo queda imposibilitado para todo movimiento. Esta vez, recurrimos también a la criogenina que alivia rápidamente al enfermo, quien, cuatro meses después, falleció víctima de su tuberculosis pulmonar, cuya marcha intentamos detener por todos los medios actuales de tratamiento.

444.

OBSERVACION 111 (personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso (artralgias) (vease lam.nº5)

José A. de 10 años de edad, natural de Lérida, estudiante de bachillerato; es un joven a quien hemos tenido ocasión de visitar desde muy niño por pertenecer á una familia con quien nos une una estrecha amistad.

Antecedentes 5 El padre ha padecido, desde la infancia, una série de manifestaciones cutáneas, mucosas y ganglionares de naturaleza escrofulosa. La madre padeció una pleuresia del costado izquierdo, sospechosa de tuberculosis, que tardó mucho tiempo en resolverse definitivamente y le dejó como recuerdo una ~~asimetría~~ **asimetría** torácica y un dolor de costado que no es permanente. Tuvo el sarampión á la edad de 2 años, y una colibacilosis a los 8. Un hermano falleció de meningitis tuberculosa.

Transcurridos 7 meses desde su última enfermedad, aquejó dolores vagos y espontáneos en las extremidades inferiores, localizándose especialmente en las caderas y en las pantorrillas. Estos dolores se manifestaron de preferencia, por las tardes después de alguna fatiga corporal ; en las articulaciones afectas no se observaron reacciones inflamatorias. Coincidiendo con estas manifestaciones locales, tuvo fiebre ligera, disminución de peso y un marcado tinte anémico. La duración de este proceso fue larga a pesar del reposo, el salicilato y de toda clase de tópicos calmantes que se emplearon.

El enfermo curó de su pretendido reumatismo volviendo a adquirir su agilidad y aspecto habituales.

Un año después, al terminar una lección de gimnasia, reaparición de las artralgias con vivo dolor en el muslo y la rodilla derechos, (gonalgia) y nuevo fracaso de la medicación antireumática, consiguiéndose un alivio notable con la administración de la criogenina.

246.

Esta vez, los dolores no ceden por completo, la fiebre persiste y despues se aprecia tumefacción, dolor muy agudo, claudicación, alargamiento aparente de la extremidad inferior derecha con descenso de la nalga correspondiente, y todos los síntomas de un tumor blanco de la articulación coxofemoral derecha que, actualmente está muy mejorado aunque continúa sugeto á tratamiento.

127.

OBSERVACION IV (personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso poli-articular agudo primitivo,
con ataques repetidos, que precede á una tuberculosis
pulmonar.

Carlos M. de 22 años de edad, escribiente, natural de Lérída, es
atacado de dolores reumáticos poli-articulares el día 10 de Octubre
de 1914.

Antecedentes = Sus padres viven completamente sanos sin historia pa-
tológica que merezca ser consignada. Un hermano menor padece mal ver-
tebral de Pott consecutivo á un traumatismo antiguo sufrido en la
region dorsal del raquis. La patologia anterior de este enfermo no
es sospechosa de tuberculosis.

Desde hace dos semanas padece dolores en las rodillas, pies, ma-
nos y brazos y á lo largo de la columna vertebral, acompañados de

fiebre moderada, y simulan un ataque de reumatismo agudo franco, reteniéndole en cama é impidiéndole toda clase de movimientos. En algunas de las articulaciones afectas se aprecian claramente los síntomas de la inflamación. Atribúyese la enfermedad actual á un enfriamiento y se diagnostica de reumatismo agudo poliarticular, sometiéndole al tratamiento clásico. Al cabo de 2 meses el enfermo ya no sufre, recobra la libertad de sus movimientos, reaparecen progresivamente las fuerzas, y se cree totalmente curado de su dolencia.

Ocho meses despues solicita de nuevo nuestros servicios porque el reumatismo á vuelto á molestarle en forma muy parecida á la vez anterior si bien no son tan numerosas las articulaciones atacadas. Esta vez sufre mas de las piernas y pies cuyas articulaciones están muy inflamadas; experimenta tambien algunas molestias en las caderas y en la espalda pero no se aprecia en estas partes hinchazon al-

guna.

Segunda vez se le somete al tratamiento salicilado y si bien los dolores y demás síntomas articulares van cediendo lentamente hasta conseguir su total resolución, en cambio el estado general no experimenta mejoría alguna; la fiebre persiste, el apetito es nulo, las fuerzas disminuyen, la fascies terrosa, empieza á toser y suda mientras duerme. En el pulmon, síntomas de congestión en ámbos vértices, dolor á la percusión del torax, rudeza respiratoria y demás signos de la impregnación tuberculosa pulmonar.

OBSERVACION V (personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso mono-articular agudo, primitivo, con ataques repetidos, que precede a la aparición de un tumor blanco de la rodilla, (véase lam. nº 7)

Elisa F. de 18 años de edad, modista, natural de Lérica.

Antecedentes = No los tiene tuberculosos ni hereditarios ni personales. Asiste, desde hace 4 años, a un taller que no tiene cubicación, ni ventilación suficientes para el numeroso personal que alberga. Tiene dos hermanos robustos dedicados á las faenas agrícolas.

En Enero de 1912 padeció reumatismo en la rodilla derecha, por espacio de tres meses, con alternativas de remisión y de agravación, de cuyo reumatismo no curó completamente ya que al intentar una marcha un poco larga se resentía nuevamente de su articulación. Este primer ataque pareció de una manera brusca, sin pródromos, con tumefacción articular y ligero derrame, el cual debilitó mucho á la

enferma reteniéndola en cama por espacio de dos meses. Se ensayó la terapéutica reumática corriente que solo tuvo un éxito parcial por cuanto las molestias articulares no cedieron totalmente.

En Marzo de 1913, nuevo brote inflamatorio en la misma rodilla, el que solo retrocede de una manera muy incompleta apesar de un tratamiento enérgico, quedando la articulación en parecidas condiciones de resistencia que despues del primer ataque, puesto que á su nivel se aprecia tumefacción extendida á toda la articulación y un ligero dolor que se exaspera en la marcha y por la exploración.

En Mayo del mismo año, siente un vivo dolor de costado, que dificulta la respiración, acompañado de escalofrio, tos y una fiebre alta. El estetóscopo descubre los signos de una pleuresia aguda que evolucionó con síntomas de debilidad cardiaca y produjo abundante derrame que fué menester retirar con el aspirador.

Al cabo de un mes, ya convaleciente de esta enfermedad, la ro-

dilla derecha se inflama de nuevo, apreciándose un empastamiento de los tejidos peri-articulares con incapacidad funcional absoluta, y la osteo-artritis tuberculosa se desarrolla con inusitada rapidez, motivando mas tarde una resección completa de la articulación que dió ocasión para confirmar la naturaleza bacilar de la lesión.

OBSERVACION VI (personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso agudo, primitivo, con ataques repetidos, que precedió á un tumor blanco.

(Véase lam. nº 3).

Ricardo M. de 23 años de edad, albañil, natural de Balaguer (Lérida), vino á nuestra consulta el 17 de Mayo de 1915.

Antecedentes = El padre murió de angina de pecho; la madre, que acompaña al enfermo, goza de perfecta salud. Tiene dos hermanos robustos; otros dos fallecieron de sarampión complicado. Cuando tenía 7 años padeció paludismo tercianario que le duró algunas semanas. No ha sido blenorragico ni sifilítico.

Su oficio de albañil, al que se dedica desde joven, le obliga á trabajar a la intemperie durante casi todo el año. En 1904 sufrió una inflamación en el codo izquierdo que le incapacitó para el tra-

bajo por espacio de un mes. Dos años despues, nuevo brote inflamatorio en la misma articulación, interesándose, al mismo tiempo, la rodilla derecha. Estas lesiones se atribuyeron a un enfriamiento y fueron tratadas, como la vez anterior, con la terapéutica anti-reumática: curó bien y trabajó de nuevo.

En 1909 reaparición del reumatismo localizándose en muchas articulaciones. Este ataque duró 4 meses, dejando una ligera anquilosis en el codo izquierdo que no dificultaba mucho sus funciones.

En Diciembre de 1914, otra vez experimenta dolores en el codo izquierdo el que se abulta extraordinariamente, estando muy dificultados todos los movimientos. Se le trató igualmente por medio del salicilato y los linimientos calmantes, pero, ahora, el enfermo no experimenta alivio ninguno, lo cual decide á su Médico á aplicarle unos puntos de fuego y mas tarde un vegigatorio cuyas cicatrices son todavia bien visibles.

Cuando le vemos ^onostros (Mayo de 1915) presenta tumefacción dolorosa del codo izquierdo, empastamiento y edema, los movimientos muy limitados, y la articulación ha perdido su forma normal, presentándose globulosa y con todos sus contornos borrosos. Dos fístulas ocupan las partes lateral externa y posterior, de las que sale por presión una regular cantidad de pus sanguinolento y grumoso.

Se aprecia, ademas, una ligera atrofia de las masas musculares situadas por encima y debajo de la lesión y algunos ganglios maxilares infartados.

El enfermo no presenta ningun otro foco tuberculoso, ni articular, ni visceral. Se le aconsejó una intervención cruenta la que se practicó á los 8 dias, resecándole dicho codo ~~el~~ que se encontró lleno de fungosidades.

OBSERVACION VII (personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso poli-articular agudo, consecutivo á una tuberculosis pulmonar avanzada.

Maria C. de 38 años de edad, casada, natural de Loria, acude á nuestra consulta el 15 de Abril de 1913.

Antecedentes = Padebió el sarampion en la primera infancia y una fiebre tifoidea á los 15 años. Catarros frecuentes que no cuidaba y se prolongaban . Nada de tuberculosis en sus ascendientes ni descendientes.

Al comenzar este invierno último, reaparición de la bronquitis por haber permanecido largo rato en un sitio húmedo y frio. Como de costumbre, tampoco dió importancia á este catarro, el cual no se resolvió como los anteriores, sino que, persiste cuando viene á vernos.

En Enero y Marzo tuvo dos hemoptisis copiosas. Actualmente la tos es muy frecuente, la expectoración profusa y sanguinolenta, sintiendo dolor en el pecho y está muy demacrada y disnéica. El examen estetoscópico revela los signos de una tuberculosis pulmonar avanzada, con cavernas en el pulmón izquierdo, pulso taquicárdico y soplo mitral. Los esputos contienen numerosos bacilos de Koch.

El 18 de Abril del mismo año, ó sea tres días después de nuestra primera visita, somos llamados á su cabecera. Múltiples fluxiones articulares privan á la enferma de todo movimiento, especialmente de los miembros inferiores, en cuyas rodillas se aprecia una ligera fluctuación. La fiebre es alta y el estado general inspira algún cuidado. Tomó aspirina, después criogenina y con algunos días de tratamiento desaparecieron todos los síntomas articulares. En Agosto del mismo año, la enferma falleció de meningitis tuberculosa.

OBSERVACION VIII (enfermo del Dr. Estadella).

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso poli-articular agudo, consecutivo á una tuberculosis del testículo.

Claudio C. de 28 años de edad, Ingeniero, natural de Zamora. Antecedentes = La madre y una hermana fallecieron de tuberculosis pulmonar; el padre murió de una enfermedad hepática. Cuando tenía 4 años padeció sarampión y una otitis supurada de larga duración. Presenta algunas cicatrices en el cuello, consecutivas á supuraciones ganglionares antiguas. Carece de antecedentes reumáticos y blenorragicos. Padece una tuberculosis del testículo y del epidídimo derechos; en el escroto, al nivel de la cola del epidídimo, existe actualmente una fístula con orificio estrecho rodeado de una piel roja y violácea por el que mana un pus grumoso y serosidad. En la

contigüidad de este orificio fistuloso hay una cicatriz deprimida seguida de un cordón fibroso que penetra oblicuamente en la profundidad; el testículo está doloroso á la presión, y el epidídimo es voluminoso y abollado.

Padece, además, una bacilosis incipiente del pulmón izquierdo.

El 21 de Febrero de 1915, cuando solicita los servicios facultativos del Dr. Estadella, se encuentra en cama con algias violentas y tumefacción de las articulaciones tibio-tarsianas, de la rodilla derecha y de la nuca. Experimenta malestar general y tiene una temperatura de 40°. Se hizo el diagnóstico de reumatismo poli-articular agudo y le fueron prescritos el reposo, el salofeno, la salipirina, y además, el bálsamo de Bengué para uso externo. Solo después de tres semanas de tratamiento se consiguió una mejoría relativa de los accidentes articulares que tardaron en remitir totalmente más de dos meses y dejaron en pos de sí una anquilosis de la

rodilla derecha que resta mucha libertad á los movimientos de esta articulación.

Posteriormente, el día 4 de Agosto, se siente de nuevo atacado de los mismos síntomas, los que, esta vez, se generalizan é invaden otras articulaciones. Este nuevo ataque fué combatido conforme exigía su naturaleza tuberculosa ya indudable. El enfermo mejoró rápidamente y sin nuevas anquilosis.

OBSERVACION LX (personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso poli-articular agudo y secundario, que actúa á la manera de un derivativo de una tuberculosis pulmonar coexistente.

Amalio H. de 31 años de edad, casado, empleado de la Hacienda pública, natural de Pamplona.

Antecedentes = El padre falleció de muerte violenta; la madre es un caso curioso de reumatismo tuberculoso crónico deformante de ambas manos, cuya historia clínica aportamos. Un hermano murió de una tuberculosis generalizada consecutiva a un mal de Pott; otro hermano vive una salud precaria a causa de una anemia rebelde. Tiene dos hijas de constitución linfática con micropoliadenitis cervicales, y, una de ellas con adenopatía traqueo-bronquial.

Nos consultó, algunas veces, por una lesión pulmonar tuberculosa del lado izquierdo, con disminución del murmullo vesicular, estertores crepitantes y submatidez por debajo de la clavícula y en la fosa supra-espinosa izquierdas. Examinados los esputos contenían el Koch; la albumo-reacción era positiva.

En el mes de Noviembre de 1908, cuando el diagnóstico de la lesión bacilar del pulmón era ya firme desde hacía cuatro meses, siente algunas molestias en las articulaciones de la mano derecha y codo del mismo lado las que, pasadas unas horas, eran presa de agudísimos dolores acompañados de temperatura alta. Al siguiente día se manifestaron todos los síntomas objetivos de la inflamación; el salofeno, el diplosal y la antipirina solo dieron un resultado mediano; el reposo y la criogenina dominaron pronto los sufrimientos del enfermo y los accidentes articulares desaparecieron por completo en 15 días, sin que dejaran huella alguna de su paso.

Durante la evolucion de las artropatías, el enfermo experimentó un alivio notable en su enfermedad pulmonar, hasta el extremo de que algunos de sus síntomas casi desaparecieron. Esta mejoría persistió algun tiempo y de tal modo que el paciente llegó a creer, durante algunas semanas, en su curacion, hasta que, con motivo de un enfriamiento, reaparecieron todos los síntomas pulmonares con alguna mayor intensidad de la que tuvieron ántes del ataque articular.

En Septiembre de 1909, otra vez acude a nosotros por unas artralgias tibio-tarsianas y tumefaccion de la muñeca y codo derechos y de la rodilla izquierda estando interesado tambien el estado general. Este ataque articular coincidió, como en Noviembre del año anterior, con una mejoría notable de la enfermedad pulmonar que, ésta vez, era mas acentuada y habia invadido el otro pulmon.

Pasados 8 meses el enfermo tuvo tres hemoptisis violentísimas en el espacio de una semana, agravándose tanto que sucumbió rápidamente

164.

a su enfermedad bacilar.

OBSERVACION X (personal)

165.

DIAGNOSTICO - Reumatismo tuberculoso crónico deformante. (Véase diagnóstico).

Genoveva I. de 54 años de edad, viuda, natural de Vitoria.

Antecedentes - El padre falleció de oclusión intestinal; la madre de nefritis crónica. Tuvo 5 hermanos: dos murieron de tuberculosis pulmonar. Padece sarampión y escarlatina en su infancia. A los 16 años tuvo cuatro hemoptisis coincidiendo con la aparición de las reglas; después gozó de una salud regular hasta los 44 años. Ha tenido tres hijos: uno tuberculoso del pulmón (es el que motivó la historia clínica de la Observación IX), otro con osteo-mielitis de la tibia, y una niña que falleció de enfermedad indeterminada.

A los 44 años de edad fue atacada de reumatismo poliarticular de marcha subaguda y rebelde al tratamiento, el que consiguió curar después de mucho tiempo, quedándole, sin embargo, cierta dificultad de los movimientos de las articulaciones de las manos, que se hacían doloro-

sas coincidiendo con los cambios atmosféricos.

En el transcurso de 8 años, sufrió otros tres ataques reumáticos, agudizándose las lesiones de las manos y apareciendo nuevos brotes en distintas articulaciones.

Actualmente, la enferma se resiente todavía de los dedos de ambas manos, las que están de tal modo deformadas que semejan garras. Los movimientos activos son imposibles; los pasivos están muy limitados y producen crujidos articulares muy perceptibles. Las eminencias tenar e hipotenar están atrofiadas.

Tiene, también, dolorida la pierna izquierda, cuya rodilla está ligeramente atrofiada y anquilosada. Practicada la cuti-reacción resultó positiva.

OBSERVACION XI (personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso (poli-sinovitis crónica)

Luis C. de 11 años de edad, natural de Juncosa (Lérida), vino á consultarnos el 3 de Mayo de 1915.

Antecedentes = El padre murió de un cáncer de estómago; la madre es diabética. Tiene 4 hermanos robustos; uno falleció de afección indeterminada. Ha padecido el sarampión á la edad de 4 años y una ictericia á los 8. Es el prototipo del escrofuloso.

En Junio de 1914 se apercibió de que sus pies se hinchaban, en especial el derecho, al nivel de las articulaciones tibio-tarsianas, sin que hubiera sufrido traumatismo alguno. Esta hidrartrosis, al parecer espontánea, no es dolorosa, pero motiva alguna dificultad para la marcha. Las vainas tendinosas de ámbos pies están abultadas.

Los codos y las muñecas se inflaman, unos días después, apreciándose un derrame abundante que borra los contornos de las articulaciones, las que permanecen igualmente indoloras. Todos los tejidos periarticulares participan de la inflamación.

Estas lesiones tienen el carácter intermitente, aumentando y disminuyendo repetidas veces sin una causa aparente.

Los movimientos activos de las articulaciones tibio-tarsianas son poco extensos á causa de una cierta rigidez articular; los pasivos son casi completos y producen crujidos articulares. Los codos y las muñecas están muy tumefactos; las vainas de los radiales muy distendidas, y una sensación de fluctuación, indica la existencia de un derrame. Los movimientos activos de estas articulaciones son imposibles; los pasivos son poco extensos y también dan lugar á crujidos dolorosos. Las epífisis de los huesos correspondientes á estas articulaciones están algo hipertrofiadas.

169.

Para determinar la naturaleza de las lesiones descritas y ante la sospecha de que fueran bacilares, se practicó la óculo-reacción, que resultó positiva. En vista de este resultado se sometió al enfermo al tratamiento anti-bacilar, aconsejándole además que se trasladara prontamente á un pueblo del litoral para que practique la cura helio-marina prolongada y bajo dirección facultativa, confiando obtener un éxito completo.

OBSERVACION XII (personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso crónico mono-articular anquilosante (Véase lam nº 4.).

Candelaria A. de 20 años de edad, soltera, corsetera, natural de Lérida.

Antecedentes = El padre fué alcohólico y murió repentinamente de un aneurisma de la aorta; la madre falleció de fiebre puerperal. Tiene un hermano mayor epiléptico; otro hermano murió de meningitis. En su infancia padeció una larga enfermedad cuyo diagnóstico ignora. Desde hace 2 años presenta una mancha de lupus en el lado derecho de la nariz. Las reglas son normales.

Se queja de artalgias y mialgias frecuentes y diseminadas que empezaron á molestarla hace 4 meses, las que atribuye á los cambios

atmosféricos y a las humedades, con los cuales coincide su mayor agudización.

El 24 de Agosto de 1913 somos llamados á su cabecera por que siente dolores violentos en los hombros, las espaldas, la cadera izquierda, y en ambas rodillas, cuyas articulaciones están muy inflamadas. El estado general es inquietante, con temperaturas de 40° , disnea, sudores y vómitos. Los movimientos activos y los pasivos son imposibles y determinan enormes sufrimientos á la paciente. Se ensayó, en vano, el salicilato y la antipirina; dos semanas despues, tomó la criogenina y el salofeno, y en poco mas de un mes remitieron todos los síntomas, sintiendose la enferma muy aliviada y en disposición de abandonar el lecho.

Hicimos un nuevo examen de las articulaciones afectas por el ataque reumático, y nuestra sorpresa fué grande al encontrar que la rodilla izquierda estaba fuertemente anquilosada, aunque indolora y de

aspecto normal. El masaje , la gimnasia y las fricciones estimulantes, no bastaron para devolver los movimientos á la articulación enferma. Transcurrieron 10 meses sin experimentar mejoría alguna y aconsejamos á la enferma que visitara á un radiólogo á fin de obtener una radiografía, en la cual pudo verse la fusión total de los huesos de su rodilla. Después se trasladó á Barcelona donde un acreditado Cirujano le propuso una intervención que le fué practicada; abierta la rodilla enferma se comprobó que las extremidades óseas estaban íntimamente fusionadas, formando un bloque compacto que no fué posible destruir, por lo que el operador desistió de practicar la resección articular propuesta.

Hemos visto repetidas veces á la paciente, quien á pesar del mucho tiempo transcurrido (2 años) continúa en igual estado, con la perna rígida é incapaz del menor movimiento de flexión, y con las masas musculares supra é infra-articulares atrofiadas.

OBSERVACION XLIII (Enfermo del Dr. Rabasa)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso crónico, poli-articular, anquilosante y consecutivo, que crea el síndrome espondiloso-rizomélico tipo Marie. (Véase lam. nº 8).

Jaime R. de 55 años de edad, casado, labrador, natural de Lérica; vino á consultarnos el 2 de Octubre de 1912.

Antecedentes = No tiene antecedentes bacilares, ni reumáticos en su familia, ni ha padecido enfermedades venéreas. Cuando tenía 32 años padeció una pleuresia aguda con derrame que no dió motivo a la punción. A consecuencia de esta enfermedad, experimentaba con frecuencia dolores punjitivos y fugaces en el costado, los que nunca sometió á tratamiento. Cuando tenía 40 años padeció una hemoptisis, tos rebelde, debilidad general, pérdida de peso y del apetito; con una

buena higiene, el reposo y algunos reconstituyentes, logró restablecerse en poco mas de 6 meses.

Pero á partir de esta fecha empezó á sentir dolores en la región lumbar y dorsal de la columna vertebral y cierta tendencia á encorvarse, lo que, el enfermo, achacó á reumatismo. Los dolores, que no cesaban, le obligaron á solicitar la asistencia facultativa siendo entonces tratado como reumático y sin conseguir resultado alguno.

Así fué pasando algunos años, notando que los dolores se extendían poco á poco por todo el raquis y las articulaciones de las caderas y de los hombros, dificultando progresivamente sus movimientos. Los dolores eran constantes y se exacerbaban con los movimientos; á parte estas molestias el estado general seguía siendo satisfactorio.

Actualmente , en el lado derecho del pecho se encuentran los signos de una tuberculosis fibrosa sin que exista ningun foco en actividad. El enfermo no siente ya molestia alguna y sólo experimenta

las producidas por las anquilosis que han quedado permanentes.

Puesto el paciente de pie presenta la cabeza inclinada hacia delante, estando muy dificultados los movimientos de extensión y los de lateralidad. En la columna vertebral hay cifosis de gran curvatura separándose del eje normal unos 40° ; el enderezamiento es imposible con movimientos activos, y al intentar los pasivos producen dolor. Los movimientos de las caderas y de los hombros están muy dificultados y reducidos á menos de un tercio. Las costillas casi inmovilizadas de tal suerte que el perímetro torácico solo aumenta 4 milímetros en la inspiración.

No padece vértigos, los reflejos son normales, no existen atro-fias musculares y no tiene dolores espontáneos.

Una escrupulosa exploración del aparato genito-urinario no permite descubrir lesión alguna sospechosa de blenorragia; la orina es clara y sin filamentos y su análisis no denuncia la presencia de ele-

mentos anormales.

La marcha del enfermo es característica á causa de las anquilosis múltiples; tiene que andar apoyado en dos palos á fin de mantener el equilibrio, y cuando se sienta lo hace de golpe, en el borde de la silla y apoyando la región sacra mas que la glútea. Tiene que acostarse en el suelo sobre un colchón y duerme en decúbito lateral, adaptando la forma de una S.

El aspecto y cuadro sintomático de nuestro enfermo, cuya columna vertebral y articulaciones superiores de los miembros se anquilosan lentamente á partir de su enfermedad bacilar en el pulmon, nos inducen á pensar en el reumatismo tuberculoso crónico poli-articular anquilosante, creando el síndrome espondiloso rizomélico tipo Marie.

OBSERVACION XLV (Enfermo del Dr. Franco)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso poli-articular, agudo, primitivo, generalizado á otras serosas.

Cándido R. de 25 años de edad, impresor, natural de Lérida.

Antecedentes = El padre murió de cirrosis atrófica; la madre padece actualmente una miocarditis crónica. Tiene un hermano operado de apendicitis; otro padece una fístula de ano y otros dos gozan de buena salud.

Cuando tenia 20 años, padeció una congestión pulmonar con hemoptisis, de la que dice que curó bien aunque desde entonces tose con frecuencia y está algo desnutrido, pero no presenta lesiones bacilares evidentes. Por su aspecto diríase que es un candidato á la tuberculosis. Los esputos no contienen el Koch, pero la cuti-reacción es positiva.

El día 7 de Noviembre de 1913, se siente bruscamente enfermo con

artritis múltiples acompañadas de síntomas generales graves: fiebre 40,4°, sudores profusos, pulso débil y frecuente y disnea. Las articulaciones están rojas, calientes, muy tumefactas y dolorosas y el enfermo se ve privado de todo movimiento. Fue diagnosticado de reumatismo agudo verdadero de carácter grave y se le administró una poción con salicilato y antipirina que solo produjo una ligerísima mejoría.

La enfermedad se estacionó por espacio de 37 días, pasados los cuales vino una agravación del estado general, apareciendo los síntomas de una pleuresia aguda y endocarditis. La fiebre y la disnea eran cada vez mayores, el pulso rápido y débil y el enfermo estaba enormemente extenuado.

Los anti-térmicos y los tónicos cardíacos triunfaron temporalmente de este cuadro clínico alarmante, hasta que, pasados 15 días,

falleció con fenómenos meningíticos.

Los síntomas articulares, que solo remitieron parcialmente, subsistieron durante toda la evolución de la enfermedad.

OBSERVACION XV (personal)

DIAGNOSTICO = Reu^{ma}tismo tuberculoso ab-articular con localización pleural.

Pilar S. de 28 de edad, casada, natural de Barcelona.

Antecedentes = El padre vive fuerte y robusto; la madre murió a los 46 años de fiebre tifoidea. Dos hermanos, uno de 14 años y otro de 25, fallecieron tuberculosos. Casó á los 18 años y ha tenido 4 hijos sanos y dos abortos. No tiene antecedentes reumáticos, ni ha padecido enfermedades graves.

Desde hace 5 años aqueja dolores diseminados por las articulaciones y masas musculares, especialmente en los costados del pecho; estas molestias aparecen y desaparecen con mucha rapidez. Siempre que se fatiga ó se acatarra, tiene esputos sanguinolentos y, á veces,

espectora sangre sola; cuando esto sucede se siente mas dolorida de la espalda y de los costados del torax.

De ordinario no tose, nunca tiene fiebre, come bien y presenta un aspecto saludable y un buen desarrollo físico; los menstruos son normales.

En el mes de Octubre de 1912 se levanta de noche con precipitación para cuidar de un niño atacado bruscamente de falso crup, y sufre un enfriamiento. Al siguiente día, tiene escalofrios, fiebre con temperatura de 39°, dolor fuerte en ámbos lados del pecho, más acentuados en el izquierdo, tos, y expectoración difícil y estriada de sangre y ligera disnea. Se pensó en una pleuresia á frígore pero no habia signos estetoscópicos suficientes para afirmar este diagnóstico. Al tercer día de enfermedad los síntomas generales y locales persisten, y á la auscultación, se percibe un ligero roce de las pleuras en el costado izquierdo. El salicilato sódico (solución Clin),

la aspirina Bayer, el iodo y una fuerte sinapización, empleados durante algunos días consecutivos, no consiguen modificar el cuadro clínico. La enfermedad continúa estacionada por espacio de 25 días, habiendo remitido únicamente la fiebre, que oscila entre los 37°5 y los 38°.

No se desarrolló derrame apreciable; los dolores solo remitían á intervalos, la tos continuaba igual y los esputos eran del mismo aspecto antes descrito. El análisis bacteriológico de la expectoración, acusó la presencia de algunos cocos sin ningun bacilo de Koch; la albumo-reacción^h fue negativa.

Pero en vista del fracaso de la medicación anti-reumática y teniendo en cuenta sus antecedentes tuberculosos familiares, se le recetó la solución creosotado de Pautauberge que obró un gran éxito, desapareciendo todos los síntomas en poco mas de una semana y empezando una convalecencia rápida y sin incidentes.

Despues de esta enfermedad, la paciente ha continuado quejándose, como antes, de artralgias, mialgias frecuentes, y dolores en los costados del pecho y en las espaldas, los que, como dijimos, ceden espontáneamente y suelen ir acompañados de esputos con sangre.

Hace dos años se practicó la cuti-reacción que resultó positiva.

Actualmente(Agosto de 1915) continúa del mismo modo, desconfiando de su curación, pero conservando el apetito y un aspecto saludable.

OBSERVACION XVI (personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso ab-articular con localización cutánea (psoriasis).

Josefa B. de 31 años de edad, casada, natural de Roselló (Lérida).

Antecedentes= El padre falleció de hernia estrangulada; la madre de diabetes. Tuvo un hermano muerto de meningitis tuberculosa. Ha padecido bronquitis repetidas, presenta actualmente un aspecto enfermizo y se fatiga al menor esfuerzo.

Vino á consultarnos el 8 de Diciembre de 1913 por una erupción generalizada de psoriasis característica que afectaba los miembros superiores, el cuello, la frente, el tronco y ~~en~~ plano anterior de las piernas. que le producía un vivo prurito mas acentuado du-

rante la noche.

En algunas semanas de tratamiento intensivo con el aceite de cade, el ictiol, la crisarobina y el arsénico, mejoró notablemente. A los 8 meses sufre una nueva invasión muy intensa de placas rojas abultadas del tamaño de monedas de una peseta que alternan con las cicatrices de la antigua erupción.

Auscultando el pecho se percibe ligera rudeza respiratoria y submatidez en la fosa supra-espinosa del lado derecho con aumento de las vibraciones torácicas. Se practicó la cuti-reacción en el mes de Diciembre de 1914 habiendo resultado francamente positiva.

OBSERVACION XVII. (Personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso ab-articular, con localizacion cutánea(nudosidades digitales).(Véase lam. nº 6)

Magdalena P., de 58 años de edad, casada, natural de Manresa.

Antecedentes = Tiene una herencia tuberculosa muy marcada; el padre padeció, en la adolescencia, una coxalgia tuberculosa de la cadera derecha, la que curó dejando una anquilosis con incapacidad funcional considerable, que le obligaba a claudicar en la marcha; murió viejo, de catarro crónico enfisematoso. La madre falleció de hemorragia cerebral. Dos hermanos murieron tuberculosos. No hubo reumáticos en su familia.

Cuando contaba 20 años, nos dice que tuvo algunas hemoptísis, con pérdida del apetito y demás síntomas de una bacilosis, de la que logró curar. Terminado éste peligroso episodio patológico de

su vida, empezó a sentir dolores generalizados muy movibles, que desaparecían y reaparecían sin que la enferma supiera a qué atenerse con respecto a las causas. Estos dolores fueron siempre calificados de neuralgias reumáticas; en ocasiones, se fijaban tenazmente en algunas articulaciones (manos y pies especialmente), e iban acompañados de tumefacción y de síntomas generales que simulaban el cuadro clínico del reumatismo verdadero. El codo izquierdo está ligeramente anquilosado a consecuencia de uno de éstos ataques.

Hace 16 años notó que en varios dedos de sus manos brotaban algunas nudosidades de duración efímera, que volvían a presentarse al cabo de algún tiempo. Ocurrió luego que, después de uno de los muchos ataques de reumatismo padecidos, se presentaron de nuevo los nudos subcutáneos para no desaparecer jamás, adquiriendo paulatinamente una consistencia muy dura, casi ósea y perdiendo la sensibilidad hasta el extremo de que, actualmente, no la molestan apenas.

Hoy se siente dolorida como de costumbre, pero los ataques de reumatismo articular son menos frecuentes y de intensidad menor. Las nudosidades continúan estacionadas, y, desde hace dos años, no ha visto aparecer ninguna nueva.

En ésta enferma, siempre diagnosticada de reumatismo crónico verdadero, sus nudosidades subcutáneas no fueron jamás consideradas como dependientes de la infección tuberculosa, sino como manifestaciones tofosas, sin tener en cuenta para nada sus antecedentes bacilares muy acentuados. Al encargarnos de ésta paciente quisimos abrir una de éstas nudosidades, lo que no nos fué permitido, siendo en cambio autorizados para ensayar la óculo-reacción que resultó positiva. El análisis de la orina nunca acusó exceso de ácido úrico, pero sí, una pérdida considerable de fosfatos y oxalatos de cal.

OBSERVACION XVIII (personal)

DIAGNOSTICO = Reumatismo tuberculoso crónico, poli-articular y deformante. (Véase lam. nº 9).

José A. de 39 años de edad, casado, natural de Mollerusa (Lérida).

Antecedentes = El padre falleció de tuberculosis pulmonar. La madre de anemia perniciosa. Un hermano murió en la primera infancia de meningitis aguda. Ha tenido dos hijos de aspecto anémico y muy linfáticos. Cuando tenía 12 años padeció una artritis tuberculosa de la rodilla izquierda la que curó después de una resección dejando una anquilosis muy pronunciada.

Desde su adolescencia ha tenido muchos ataques de reumatismo agudo y sub-agudo poli-articular, especialmente localizados en las

articulaciones de las manos, los que siempre se resolvían totalmente; pero á los 33 años de edad, á raíz de una nuevo ataque reumático que no curó como los anteriores, empezó á notar una cierta laxitud de las pequeñas articulaciones de la mano derecha y alguna dificultad en los movimientos, que determinaban una impotencia funcional relativa, que despues se pronunció mucho mas. Los movimientos activos están muy limitados: los pasivos son mas fáciles, pero al intentarlos producen algunos chasquidos articulares y dolor no muy intenso.

La radiografía de la mano de este enfermo (V. lam. nº 9) revela un proceso rarefaciente mas acentuado en las últimas falanges y la dislocación de algunas de estas, que producen deformaciones de dicha extremidad.

Este enfermo no tiene antecedentes hereditarios reumáticos, ni blenorragicos, pero los tiene tuberculosos muy acentuados. Para

191.

afianzar el diagnóstico clínico de la naturaleza de su padecimiento, practicámos la cuti-reacción que resultó ser evidentemente positiva.

- - - - -

RESUMEN Y CONCLUSIONES =

La observación atenta é imparcial de todos nuestros enfermos tuberculosos cuidadosamente analizados bajo el punto de vista preferente y especial de los accidentes reumáticos presentados; las muchas horas de estudio y meditación invertidas en la preparación de este trabajo; el vivo interés de contribuir á la afirmación y esclarecimiento de los fundamentos de una doctrina nueva que ha venido á dislocar los cimientos de otra doctrina al parecer incommovible; la ilustrada opinión de hábiles internistas que se distinguieron siempre por la solidez de sus juicios clínicos, y la lectura á saturación de muchos libros, revistas y monografías que llenan el índice

bibliográfico que se acompaña, constituyen el bagaje científico ~~que~~ aportamos al desarrollo de esta tesis.

En sus capítulos expusimos los numerosos razonamientos que demuestran la existencia, tan discutida, de la Tuberculosis Inflamatoria, afirmada por la Clínica y confirmada por la Experimentación. Las estadísticas citadas dan idea clara de la coexistencia frecuente de manifestaciones articulares simplemente fluxionarias en los bacilares, cuyo porcentaje elevado es suficiente para establecer una cierta relación de causalidad, aun sin contar los muchos casos de reumatismo tuberculoso clinicamente primitivo en los que una fluxión reumática banal puede constituir la única manifestación anatómo-clínica de la infección bacilar.

No nos proponemos reproducir los comentarios hechos á propósito de la patogenia oscura, de la anatomia patológica incierta y del diagnóstico, muchas veces, difícil y dudoso del reumatismo tubercu-

194.

loso, pero llegados á la meta de nuestra modesta tarea, para que se nos crea sinceros, necesitamos exteriorizar algunas dudas experimentadas al pretender aquilatar la exactitud y veracidad de la original doctrina de una tuberculosis nueva con tanto calor defendida por el profesor Poncet.

El punto de partida de este sabio consiste en el siguiente razonamiento: "La indentidad de naturaleza de fenómenos patológicos múltiples en un mismo enfermo, en un mismo infectado, constituye una ley clínica".

?Es ~~siempre~~ posible hacer una plena demostración de la certeza absoluta de esta tan categórica afirmación?. ?Acaso no pueden coexistir con la tuberculosis infecciones intercurrentes, independientes ó extrañas al proceso tuberculoso?.

Claro está que, conforme dice la patología general, aceptamos que la tuberculosis, enfermedad altamente infecciosa, puede hacer todo

cuanto ~~hacen~~ las demás infecciones, y, en particular, lo que se llama un pseudo-reumatismo ó reumatismo infeccioso, pero de esto á juzgar, como Poncet, imposible la coexistencia de lesiones tuberculosas y del reumatismo verdadero, hay una tan enorme distancia que creemos muy difícil poder salvar actualmente.

En el prólogo de esta Memoria decíamos que "Aceptar confiados las exageraciones de Poncet, sería igual que reconocer á la Tuberculosis una tan enorme extensión etiológica que equivaldría, en nuestro concepto, á adjudicarle el total dominio de la Patología". Sería dilatar tanto y tanto su campo de acción que á la manera de unos alucinados tropezariamos en todas partes con la Tuberculosis, llegando, quizás, á lo ridículo y á lo absurdo.

Admitimos, sin reservas, la existencia de esta nueva modalidad de la infección bacilar llamada Tuberculosis Inflamatoria pura, sin tubérculos ni fungosidades; los casos clínicos aportados, todos ellos diagnosticados de reumatismo tuberculoso, nos ponen á cubierto

de toda sospecha, pero acatar ciegamente todos los razonamientos de Poncet, algunos de los cuales bien podrian calificarse de sutilezas de ingenio ó elucubraciones fantásticas, y aceptar toda entera su atrevida hipótesis, seria tanto como renunciar al derecho de discutir por cuenta propia. Para poder afirmar la naturaleza tuberculosa de un reumatismo anterior a la aparición de lesiones específicas diagnosticables, no es bastante el simple fracaso de la medicación salicilada ó la conformidad á esperar y vigilar la evolución ulterior de las manifestaciones reumáticas. Es necesario saber hermanar la Clínica con el Laboratorio, las ideas antiguas con las modernas, recurriendo á los métodos experimentales ya sancionados y que constituyen las gallardas conquistas de la Ciencia Médica contemporánea. Y así es como podremos llegar á aquilatar el diagnóstico y tratamiento de los grandes procesos morbosos.

De todos los conceptos expuestos en los precedentes capítulos de este incompleto trabajo se desprenden las siguientes

CONCLUSIONES:

- 1ª - Existe un pseudo-reumatismo de origen tuberculoso, por la misma razón que existen otros reumatismos infecciosos ó pseudo-reumatismos. No sería lógico aislar la tuberculosis para excluirla de las infecciones capaces de enjendrar un pseudo-reumatismo.
- 2ª - La patogenia del reumatismo tuberculoso es, actualmente, una incógnita. Todas las teorías señalan como único responsable de las manifestaciones reumáticas tuberculosas al bacilo de Koch, pero discrepan al interpretar el mecanismo íntimo de su producción. Interinamente y adoptando un criterio de sano eclecticismo, consideramos al reumatismo tuberculoso como fun-

ción del virus tuberculoso en el mas amplio sentido de la palabra.

- 3ª - Las lesiones anatómicas del reumatismo bacilar son tan variadas como sus formas clínicas. El proceso es simplemente inflamatorio, siendo imposible encontrar un criterio anatomo-clínico que sirva para diferenciarlo del reumatismo verdadero y de los otros pseudo-reumatismos.
- 4ª - El diagnóstico clínico del reumatismo tuberculoso es difícil y dudoso; solo podrá ser sospechado, propuesto, pero no impuesto, á título de probabilidad y no de certeza. La Bacteriología y los métodos experimentales son indispensables para la confirmación del diagnóstico clínico.
- 5ª - Este pseudo-reumatismo conduce, en sus formas severas, al tumor blanco ó á la anquilosis, cuyas terminaciones, sin ser igualmente graves, son de un pronóstico serio.
- 6ª - Aparte algunas indicaciones especiales, el tratamiento del reu-

matismo tuberculoso se confunde, en su conjunto, con el de la tuberculosis. Siendo esta infección la que absorbe toda la patogenia de la enfermedad de Poncet, sería absurdo tratar estos enfermos como simples reumáticos, olvidando que, ante todo, son tuberculosos.

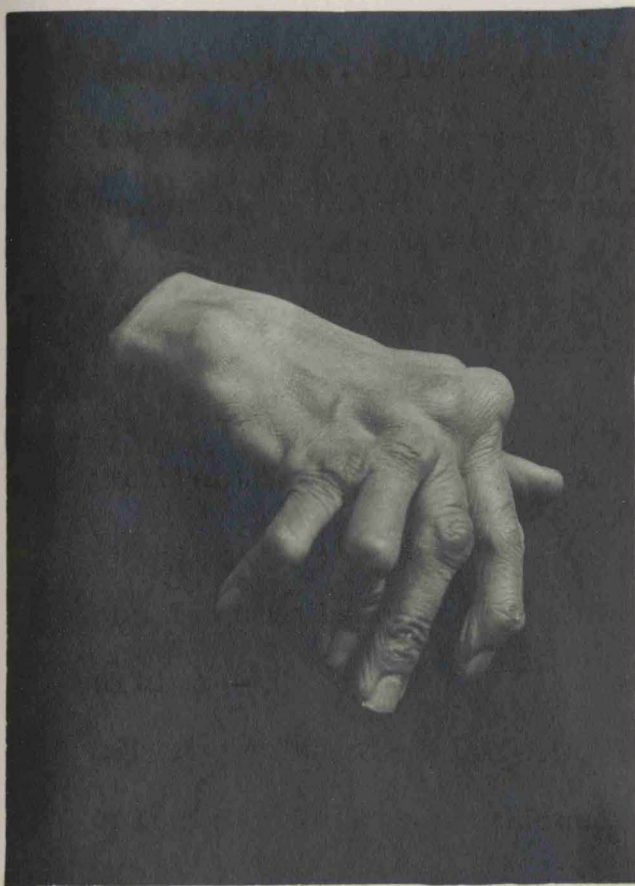
- 7ª - Las manifestaciones reumáticas articulares y extra-articulares de la tuberculosis Inflammatory, pueden constituir la primera manifestación del envenenamiento bacilar (Reumatismo tuberculoso primitivo) ó sobrevenir en el curso de lesiones específicas (Reumatismo tuberculoso consecutivo ó secundario).
- 8ª y última - En contra de los radicalismos de Poncet, debemos admitir, en un mismo enfermo, la coexistencia posible de la tuberculosis y de otras infecciones.

He dicho.

Lérida Noviembre de 1915.

Manuel Cava Quintó

Lámina nº 1



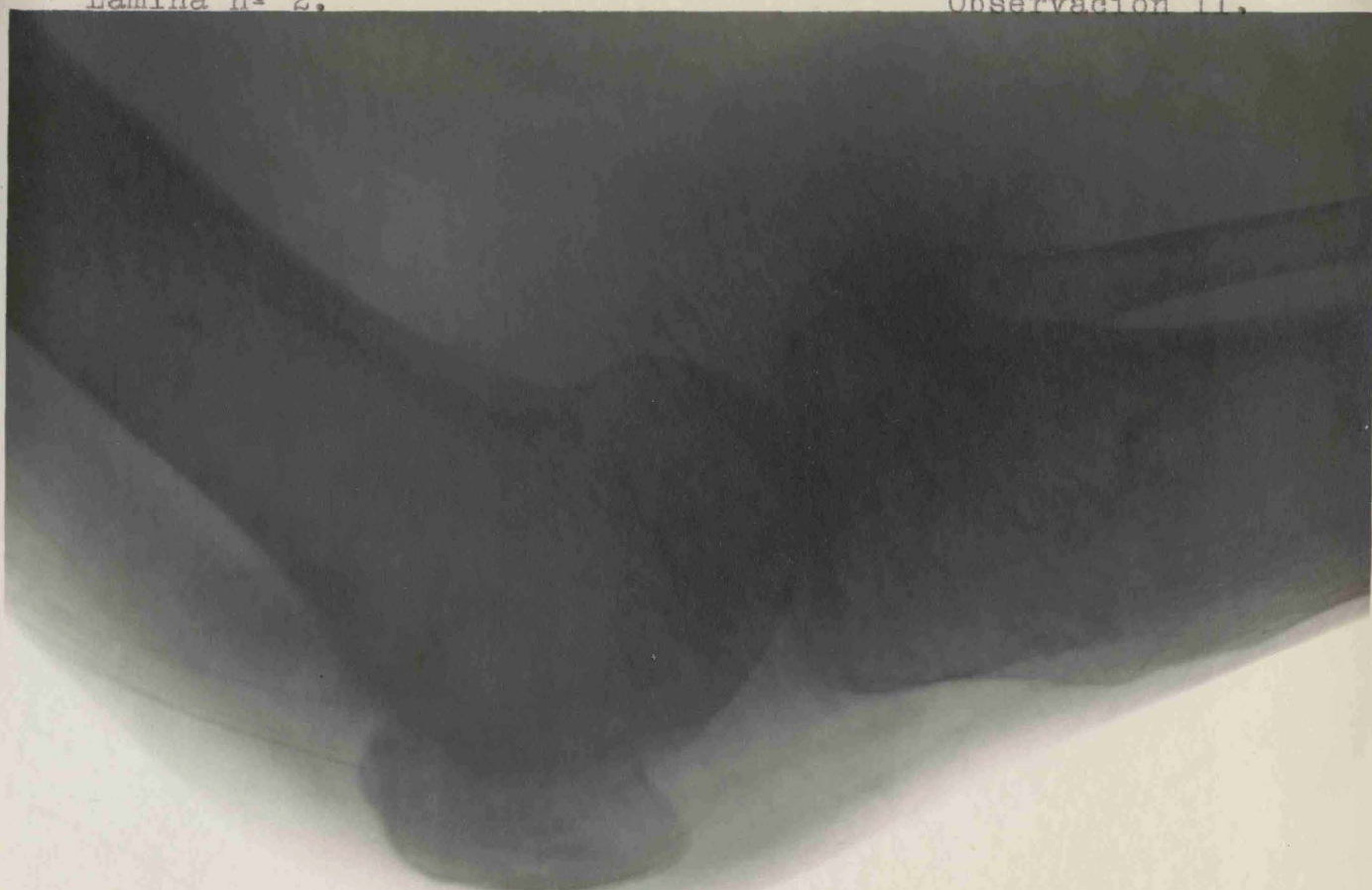
Observación X.



Reumatismo tuberculoso crónico deformante de ámbas manos, en una enferma de 54 años.

Lámina nº 2.

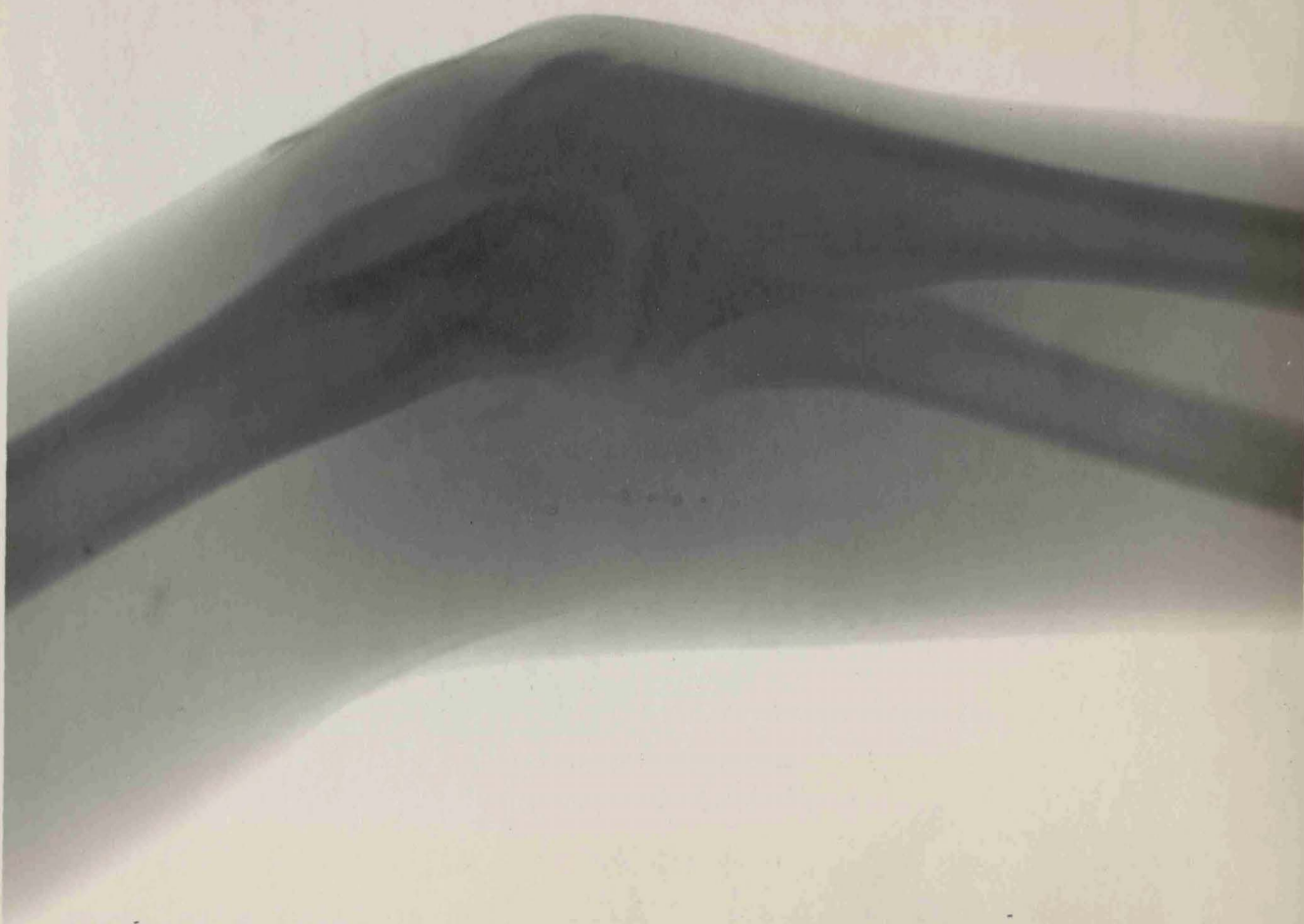
Observación 11.



Rodilla normal de un tuberculoso de 32 años, que padeció múltiples artralgiás, especialmente localizadas en las rodillas.
La radiografía no descubre lesión alguna.

Lámina nº 3

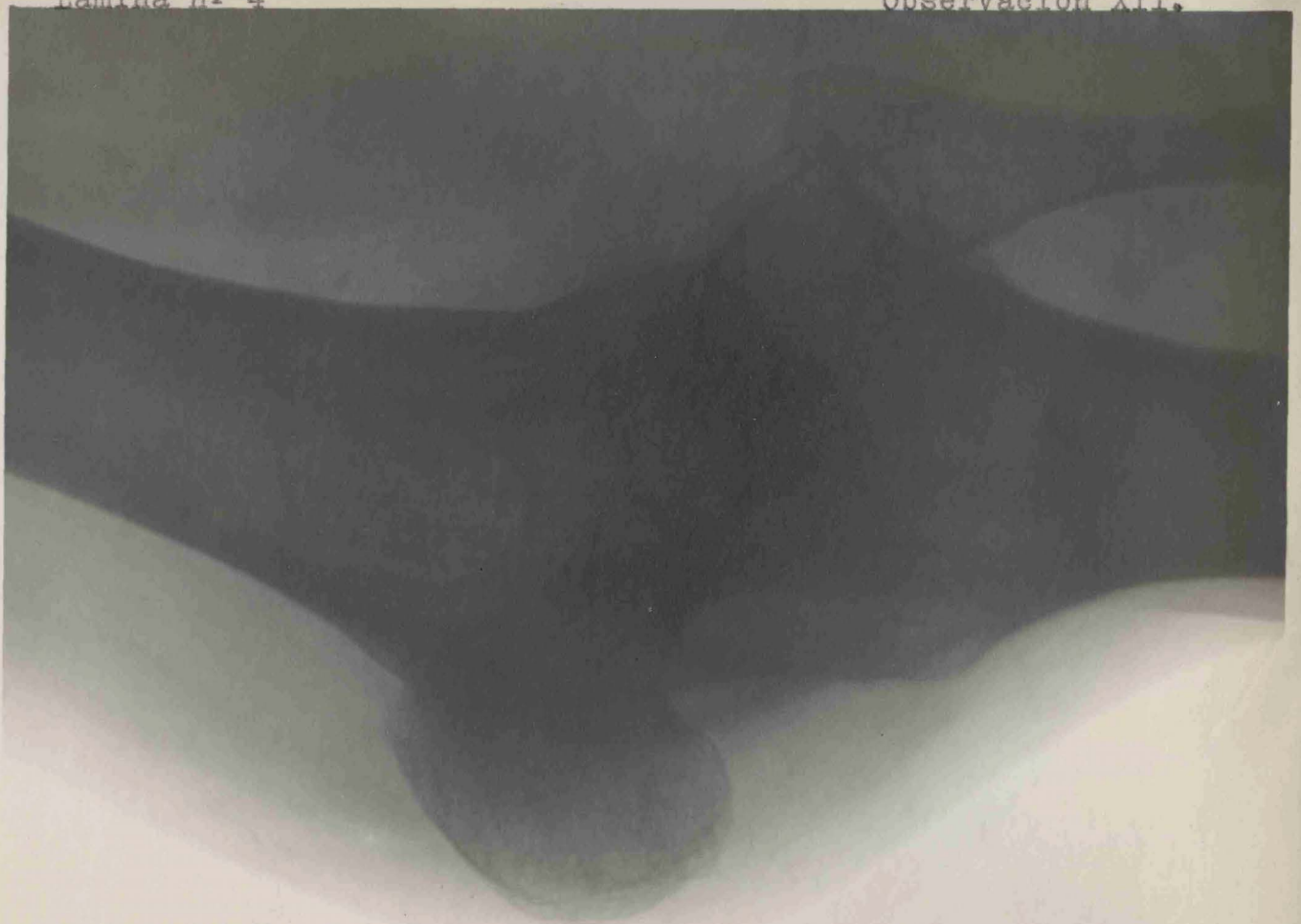
Observacion VI.



Artritis tuberculosa del codo de un joven de 23 años, consecutiva a 4 ataques de reumatismo tuberculoso agudo primitivo sufridos en el espacio de 10 años.

Lámina nº 4

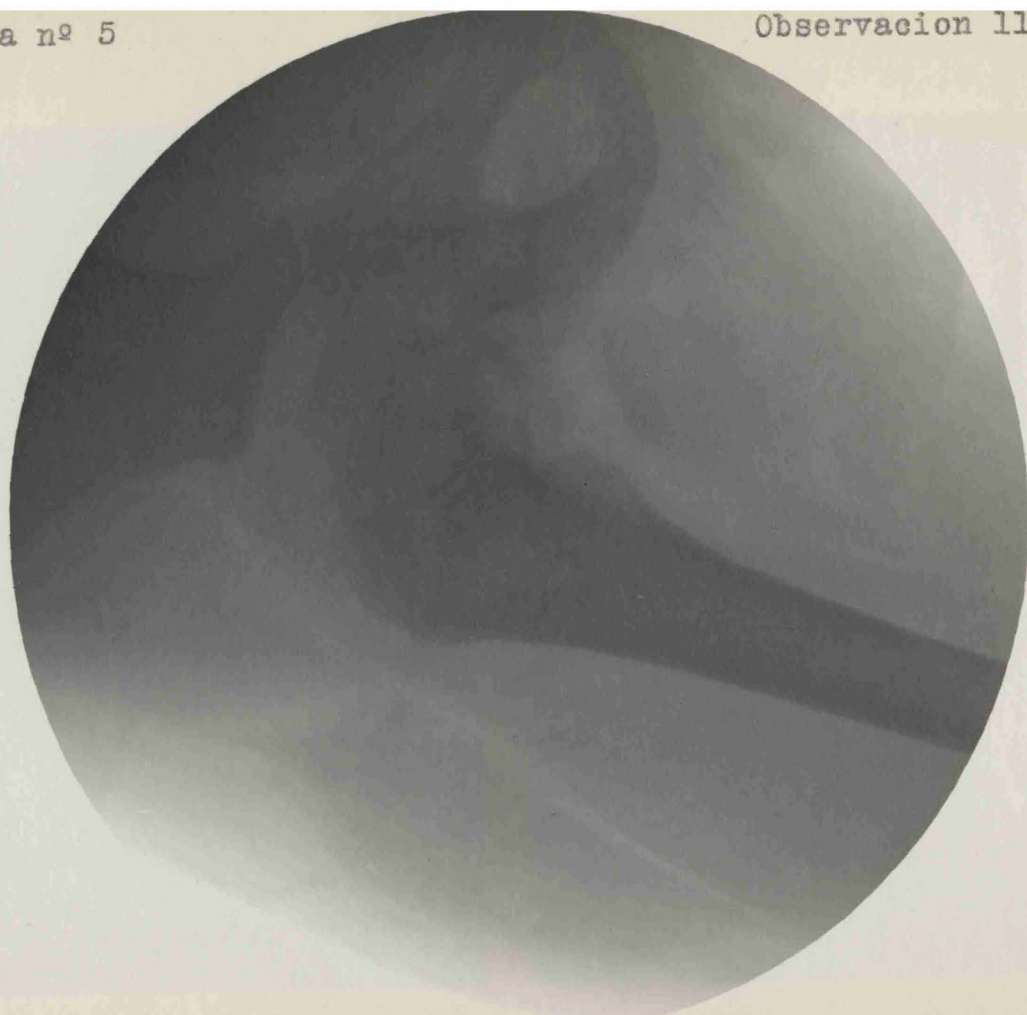
Observacion XII.



Anquilosis total de la rodilla, de una joven de 20 años, que forma un bloque óseo compacto con fusion de las cabezas articulares, consecutiva a artralgiyas y a un ataque severo de reumatismo tuberculoso articular agudo con síntomas generales graves.

Lámina nº 5

Observacion 111.

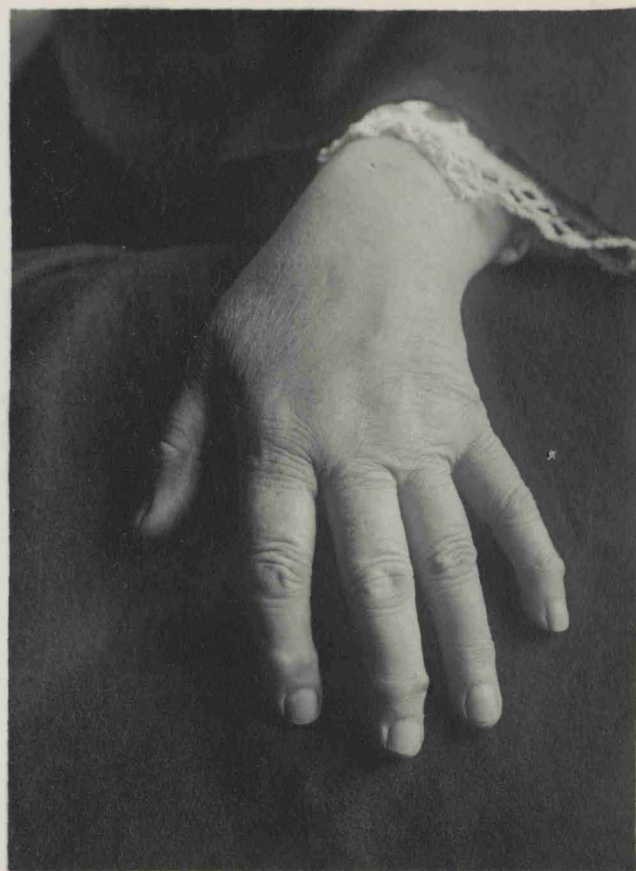


Coxitis tuberculosa, en un niño de 10 años, que empezó a evolucionar 12 meses después de haber sufrido artralgiás de los miembros inferiores.

Lámina nº 6



Observacion XVII.



Reumatismo tuberculoso abarticular con localizaciones cutáneas. Nudosidades digitales de ámbas manos en una enferma de 58 años, aparecidas 16 años después de varios ataques de reumatismo tuberculoso poliarticular secundario.

Lámina nº 7

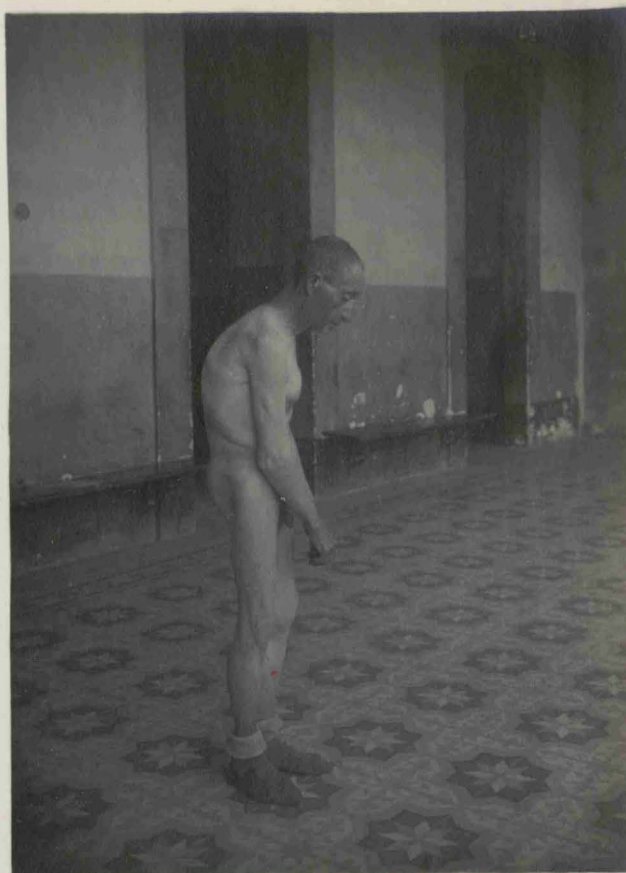
Observación V.



Artritis tuberculosa de la rodilla, en una joven de 18 años, consecutiva á dos ataques de reumatismo tuberculoso sub-agudo mono-articular, padecidos en el espacio de 14 meses.

Lámina nº 8

Observacion XlII.



Reumatismo tuberculoso crónico, poli-articular, anquilosante y consecutivo, que crea el síndrome espondiloso-rizomélico tipo Marie, en un enfermo de 55 años.

Lámina Nº 9

Observación XVIII.



Reumatismo tuberculoso crónico, poli-articular y deformante, en un enfermo de 39 años. Pueden apreciarse sub-luxaciones de algunas articulaciones y rarefacción especialmente en las falangetas.

INDICE BIBLIOGRAFICO=

- Louis Renon - Le traitement pratique de la tuberculose pulmonaire,
(año 1908).
- Spengler - Journal medical Française, pag. 353.
- Khole y Hetsch - Tratado de bacteriologia experimental y enfermeda-
des infecciosas.
- Eyman - Thése de Lyon (1901).
- Mailland - Reumatismo tuberculoso. (Presse médicale) (1901).
- Vires - L'hérédité de la tuberculose, (1908).
- Poncet - Reumatismo tuberculoso ó pseudo-reumatismo de origen
bacilar. (Comunicación á la Academia de Medicina de
Lyon en 15 de Julio de 1902).

- Abel Raynaud - Tesis de Paris (1904).
- Dieulafoy - Manual de patologia interna.
- Poncet - Du rhumatisme tuberculeux (Société de Médecine, Lyon) (1900).
- Michel - El reumatismo tuberculoso en las tuberculosis cutáneas, Tesis de Lyon, (1903).
- Bentz - Algunas observaciones de reumatismo tuberculoso en los niños (Presse médicale, 15 de Agosto de 1903).
- Maillard - Reumatismo tuberculoso ó pseudo-reumatismo infeccioso de origen bacilar. (Gaceta hebdomedaria 4 de Noviembre de 1900).
- Poncet y Leriche - Tuberculose inflammatoire (Lyon médical, 4 de Junio de 1905).
- Courmont - Tuberculose latente et sero-diagnostic (Société médicale des Hôpitaux de Lyon, 22 Marzo de 1904).

- Aparici - Le rhumatisme tuberculeux existe-t-il? Tesis de Nancy (1907).
- Widal - Les pseudo-rhumatismes (Traité de médecine de Brouardel et Gilbert fascicule 8^e 1905).
- Manjot - Rhumatisme tuberculeux. Granulie articulaire primitive a forme rhumatismale (Tesis de Lyon 1903).
- Gougerot - Bacillo-tubercules non folliculaires (Tesis de Paris 1908).
- Poncet - Tuberculose inflammatoire (Discusion en la Sociedad de Cirugia de Paris, 1908).
- Poncet - Rhumatisme tuberculeux et tuberculose inflammatoire (Congreso internacional de la tuberculosis, Washington, 1908).
- Lozano - Artrocaces (Zaragoza 1914).
- Ferry - Sero-diagnostie et sero-pronostie des épanchements

articulaires tuberculeux (tesis de Lyon 1910).

- Poncet - Reumatismo tuberculoso abarticular, localizaciones viscerales y otras del reumatismo tuberculoso (Academia de medicina de Paris 1902).
- Bonnet - Traité des maladies des articulations (Lyon 1845).
- Lorenz - Wiener medizinische Wochenschrift (15 de Octubre de 1904).
- Balme - Sur la fréquence de la tuberculose latente (Tesis de Lyon 1905).
- Poncet - L'histoire du rhumatisme tuberculeux (Société de médecine de Paris, 25 de Mayo de 1910).
- Chalier - Patogenia de la albuminuria ortostática (Presse médicale 1907) (pag. 281).
- Chambellant - Rhumatisme tuberculeux. De la fréquence des arthropathies dans les tuberculoses médicales et chirurgica-

204.

les (Tesis de Lyon 1902).

- Carcher - Korrespondenzblätter Schweizer Aertzte, (1904).
- Aucclair - Estudio experimental sobre los venenos del bacilo de Koch (Tesis de Paris 1897).
- Baillou - Diagnóstico del emvenenamiento tuberculosos en el hombre por la inyeccion á cobayos tuberculosos de serosidad de vegigatorios aplicados á enfermos bacilares. (Tesis de Lyon 1906).
- Landouzy - La captodaetilia de origen tuberculoso (Presse médicale 21 de Abril de 1906).
- Sirerey et Tinel - Méningite tuberculeuse sans tubercule (Sociedad medica de los Hospitales 15 de Marzo de 1907), (pag. 290).
- Gerspacher - Contribution á l'étude de la spondylose rhizomélisque (Tesis de Lyon 1903).

- Mlle. Grigorovitch - Manifestations rhumatismales chez les tuberculeux (Tesis de Montpellier 1907).
- Chatain - Emploi de la cryogénine contre le rhumatisme tuberculeux (Tesis de Lyon 1904).
- Minel - Tuberculose inflammatoire de l'endocarde. Rhumatisme tuberculeux abarticulaire (Tesis de Lyon 1905).
- Schneider - Rhumatisme tuberculeux et pleurésie. Fréquence du rhumatisme tuberculeux chez les pleurétiques (Tesis de ~~Ly~~ Lyon 1903).
- Mohr - Der Gelenkenrheumatismus Tuberkulosen Ursprungs (Berliner Klinik 1904 n° 117).
- Pautrier - Las tuberculosis cutáneas atípicas (Tesis de Paris 1904).
- Weill - De los trastornos nerviosos en los tuberculosos (Revista de medicina Junio de 1893).
- Mailland - Du rhumatisme tuberculeux (Presse médicale 14 Septiem-

bre 1901, pag. 142).

- Poncet - Reumatismo tuberculoso ó pseudo reumatismo de origen bacilar (Boletín de la Academia de Medicina 23 de Julio y 22 de Octubre de 1901).
- Trebéneau - Fréquence du rhumatisme tuberculeux dans les tuberculoses viscérales et locales (Tesis de Lyon 1902).
- Laveran - Tuberculosis aguda de las sinoviales. (Progreso médico de 1876 pag. 727).
- Maurin - Psoriasis et tuberculose inflammatoire (Tesis de Bordeaux 1913).
- Bernard - Tuberculose et arthritisme. (Comunicacion al Congreso internacional de la Tuberculosis celebrado en Paris del 2 al 7 de Octubre de 1905).
- Esau - Münchener medizinische Wochenschrift (nº 8 año 1908).
- Hobbs - Presse médicale 1901).

- Ponet et Leriche - Le rhumatisme tuberculeux (Bibliothèque de la tuberculose, (Paris 1909).
- Friot - Sciaticque dans les phtisiques (Tesis de Paris 1879).
- Bannatyne - Traitement des affections chroniques des articulations par la fybrolisine, (Lancet, 1909, 23 de Enero).
- Ménard - Origine thyroïdienne du rhumatisme chronique progressif déformant (Tesis de Paris 1908).
- Parhon et Papinian - Pathogénie et traitement des rhumatismes chroniques (Presse médicale 1905).
- Drevet - De la frecuencia de dolores reumáticos en los tuberculosos médicos y quirúrgicos (Tesis de Lyon 1901).
- Olivier Merson - Du rhumatisme tuberculeux observé résemment dans les Sanatoria de Leysin (Tesis de Lyon 1903).
- Bagot - Traitement du rhumatisme articulaire chronique par l'hydrothérapie marine et les agents physiques (Te-

sis de Paris de 1912).

Armand - de Lille - Le mécanisme de l'immunité: L'anaphylaxie et les réactions anaphylatiques (maladie du sérum. Cuti et ophtalmo-réaction a la tuberculine). (L'oeuvre médico-chirurgical de Critzman n° 56).

Lannelongue - Complications articulaires chez un lupique traité par la lymphe de Koch (Boletín médico de Paris 1890, pag. 1122).

Pouly - Rapports de la tuberculose avec le rhumatisme chronique déformant (Tesis de Lyon 1902).

A. Piz et Bombes de Villiers - Spondylose rhizomélíque de nature tuberculeuse; 3 observations dont 2 avec autopsies (Sociedad de medicina de Lyon, Sesión del 27 de Julio de 1903).

Villedieu - Rhumatisme tuberculeux. Sciatique d'origine tuberculeuse (Tesis de Lyon de 1902).

L. Nattan - Larrier - Diagnostic de la tuberculose par les nouveaux procédés de laboratoire (L'oeuvre médico - chirurgicale de Critzman n° 43).

Vignard et Jouffray - La cure solaire des tubercules chirurgicales (L'oeuvre médico-chirurgicale de Critzman n° 74 Diciembre de 1913).

Poncet - Rhumatisme tuberculeux polyarticulaire aigu (Gaceta de los Hospitales de Paris, n°148, Diciembre de 1904).

Bezançon - Pseudo-reumatismo tuberculoso. Tuberculosis generalizada de las serosas (Sociedad médica de los Hospitales de Paris 24 de Octubre de 1901).

Barbier - Le rheumatisme tuberculeux (Sociedad médica de los Hospitales de Lyon 21 de Junio de 1907 pag. 630).

Bonorino Udaondo - Reumatismo tuberculoso (Tesis de Buenos Aires 1908).

- Guelfo - Gazzetta degli Ospedale e della Clinica (n° 60, 19 de Mayo de 1907).
- Armand-Delille - Le mécanisme de l'immunité. Anticorps, antigènes et déviation du complément (L'oeuvre médico-chirurgicale de Critzman n°55).
- Orticoni - De l'héliothérapie. Application médico-chirurgicale (Tesis de Lyon 1902).
- Sébillot - Du rôle de la tuberculose dans l'étiologie du psoriasis (Tesis de Lyon 1913).
- Marfan - Traité des maladies de l'enfance (fascículo 1° pag. 513)
- Bouclier - Rhumatisme tuberculeux. Méningopathies inflammatoires et autres d'origine tuberculeuse (Tesis de Lyon 1903).
- Poncet et Mailland - Rhumatisme tuberculeux (Oeuvre médico-chirurgicale de Critzman n° 34 Agosto de 1903).
- H. Géniaux - Nouvelles recherches cliniques et expérimentales sur

le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux ou chez les tuberculeux- Diagnostic différential (Tesis de Lyon 1902).

Henri Andrieu - Rhumatisme tuberculeux chez les enfants (Tesis de Lyon 1903).

Milloz - De l'héliothérapie locale comme traitement des tuberculose articulaires (Tesis de LYon 1899).

Due; - Rhumatisme tuberculeux .Hydrocele essentielle primitive d'origine tuberculeuse.(Tesis de Lyon 1903).

Poncet - Patogenia de las anquilosis expontáneas y particularmente de las anquilosis vertebrales. (Comunicacion al Congreso de la Asociacion Francesa para el avance de las Ciencias, 6 de Agosto de 1906).

Montet - Rhumatisme tuberculeux ankylasant. Spondilose rhyzomelique d'origine tuberculeuse. (Tesis de Lyon 1904).

Barjou - La radiografia aplicada á las artropatias deformantes

(Tesis de Lyon 1897).

- Levet** - Reumatismo tuberculoso. Artritis anquilosante de origen tuberculoso, Tesis de Lyon 1903.
- Pouwell** - Essai sur le pseudo-rhumatisme articulaire dans le cours de la Diathèse tuberculeuse (Tesis de Paris de 1874).
- Speveneau** - Frecuencia del reumatismo tuberculoso en las tuberculosis viscerales y locales (Tesis de Lyon 1902).
- Lendet** - Le zona et les troubles des nerfs périphériques dans la tuberculose pulmonaire.
- Chauvet** - Traitement actuel du rhumatisme blennorragique (L'oeuvre médico-chirurgicale, N°68 Marzo 1912).
- Drevet** - De la poli-artritis tuberculosa deformante (Tesis de Lyon 1897).
- Patel** - Reumatismo tuberculoso crónico. Tuberculosis atenuada

de la piel (tuberculosis nodular). Hidrartrosis poli-articular localizada en las articulaciones de los dedos. Sinovitis tendinosa crónica. (Gaceta hebdomedaria, 6 de Abril de 1902).

- Bouchard - Traité de médecine, tomo 6º pag. 649.
- Borreil - Rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Entéro-côlite d'origine tuberculeuse. (Tesis de Lyon 1903).
- Landouzy et Labbé - Traité de médecine de Brouardel, Gilbert et Girode, tomo 8º, artículo Pleuresias).
- P. Martin - Des ostéoarthrites tuberculeuses consecutives a des manifestations articulaires rhumatismales. (Tesis de Lyon 1905).
- Dieulafoy et Griffon - Pseudo-rumatisme tuberculeux primitif. (Sociedad médica de los Hospitales de Paris, 5 de Junio de 1903).

Bérard et Destot - Polyarthrite tuberculeuse déformante (Comunicación al Congreso de Cirugía de París de 1897).

Poncet et Leriche - La tuberculose inflammatoire (Biblioteca de la tuberculosis, París 1912).

Van Lier ----- Las inyecciones yodadas en ^{el} tratamiento de la tuberculosis. (Clínica Moderna, Zaragoza 1915, pág. 573).

Besredka----- Los Progresos de la Clínica, nº 34, Octubre 1915.

Dorleans ----- Los nuevos tratamientos de la tuberculosis (Le Monde Médical, París 1915, págs. 577 y siguientes).

Lopez Trigo ----- Estudio crítico de alguno de los procedimientos de tratamiento de la tuberculosis quirúrgica (Revista Valenciana de Ciencias Médicas, Valencia, Septiembre, de 1915, nº 349, págs. 242 y siguientes).

~~~~~

Mexico il 4 marzo del 1916  
Doctor Pedro Carrasco al  
Excmo Sr. D.  
Madrid 15 de Julio 1916

Dr. Gómez  
Dona  
H. Rodríguez  
C. P. de la Cruz  
J. P. de la Cruz  
J. P. de la Cruz